

Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]

Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht

Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, 225 S. - (Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg; 20)



Quellenangabe/ Reference:

Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]:
Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht.
Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, 225 S. - (Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule
Freiburg; 20) - URN: urn:nbn:de:0111-opus-20697 - DOI: 10.25656/01:2069

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-20697>

<https://doi.org/10.25656/01:2069>

in Kooperation mit / in cooperation with:



CENTAURUS
Verlag & Media KG

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der:


Leibniz-Gemeinschaft

Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Ulrike Spörhase, Karin Schleider (Hg.)

Leben **nach** **Herzen**slust?



Lebensstil und Gesundheit
aus psychologischer und
pädagogischer Sicht



CENTAURUS
Verlag & Media KG

Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg

Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Ulrike Spörhase, Karin Schleider (Hg.)

Leben nach Herzenslust?

Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht

Dieses Buch erscheint in der Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg,
herausgegeben vom Rektor



Pädagogische Hochschule Freiburg

Université des Sciences de l'Éducation · University of Education

Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Ulrike Spörhase, Karin Schleider (Hg.)

Leben nach Herzenslust?

Lebensstil und Gesundheit aus
psychologischer und pädagogischer Sicht

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

© 2009. Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg im Breisgau

1. Auflage. Alle Rechte vorbehalten

Satz und Umschlaggestaltung: Ulrich Birtel, Freiburg im Breisgau

Herstellung: Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg im Breisgau

Printed in Germany

ISBN 978-3-8255-0748-0

Inhalt

7	Vorwort	
13	Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs	Georg Hörmann
35	„... schon eine Klasse für sich!? ...“ – Positionsbestimmung und erste Erfahrungen zum neuen Bachelor-Studiengang Gesundheitspädagogik	Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider, Ulrike Spörhase, Rainer Wohlfarth
51	Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit	Udo Ritterbach, Rainer Wohlfarth
79	Prävention in Lebenswelten – ScienceKids:Kinder entdecken Gesundheit	Jutta Ommer-Hohl
83	Wie Kinder ihre Eltern erziehen – Kann Schule die Ernährung zu Hause verändern?	Mareen Molderings
105	Theoriegeleitete Lebensstiländerung	R. Fuchs, W. Göhner, C. Mahler, A. Fleitz, H. Seelig
117	M.O.B.I.L.I.S. – Bewegt abnehmen	Andreas Berg, Ingrid Frey, Michael Hamm, Dieter Lagerström, Reinhard Fuchs, Wiebke Göhner, Hans-Georg Predel, Aloys Berg
131	Gesundheitsförderung im Dialog: Die Bedeutung Partizipativer Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Martin Härter, Daniela Simon
149	Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys? Zur Gesundheitsförderung im Alter	Rainer Wohlfarth, Udo Ritterbach
175	Eine Tablette für jede Lebenslage: Zum Missbrauch von Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten	Gerhard Treutlein, Manuel Ruep
191	Mode, Lifestyle – und Gesundheit – Widerspruch oder Zukunftstrend?	Anne-Marie Grundmeier
209	Gesundheit und Anti-Aging – über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion	Manfred Lütz
221	Autorinnen und Autoren	

Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, der demographische Wandel und ein Mehr an Verantwortung des Einzelnen für die eigene Gesundheit sind wesentliche Herausforderungen, denen sich unsere Gesellschaft in der Zukunft stellen muss.

Auf individueller Ebene spiegelt sich im Bewusstsein für die eigene Gesundheit die Beziehung zu sich selbst, zum eigenen Körper und zur eigenen Psyche wider. Unser Gesundheitsbewusstsein beeinflusst das Gesundheitsverhalten, doch mit Gesundheitshandeln zu beginnen, ist das eine; es auch dauerhaft fortzuführen, das andere. Das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitshandeln werden wiederum wesentlich durch den jeweiligen Lebensstil beeinflusst.

Doch neben der Wechselwirkung mit der Gesundheit hat der Lebensstil vielfältige zentrale soziale Funktionen für das Individuum. Lebensstile stiften soziale Identität, fördern die Zugehörigkeit zu und den Austausch mit Personen in ähnlichen Lebensbedingungen, helfen Tagesabläufe zeitlich zu strukturieren und ermöglichen eine gewisse Vorausehbarkeit der Lebensführung. Der gesundheitsrelevante Lebensstil ist also keine rein individuelle Angelegenheit, sondern er ist geprägt von kulturellen und sozialen Faktoren.

In den vorliegenden Beiträgen wird vorwiegend auf den individuellen Aspekt eines gesundheitsbezogenen Lebensstils und seiner Beeinflussung fokussiert. Dabei erkennen wir die Bedeutung historischer, kultureller, ökonomischer und sozialer Gegebenheiten an, hatten uns jedoch für die erste Fachtagung für Gesundheitspädagogik und das gesundheitspädagogische Kolloquium, aus denen die Beiträge dieses Buches entstanden sind, für eine individuelle Perspektive entschieden. Damit betrachten wir implizit Gesundheit als einen durch persönliche Anstrengungen erreichbaren Zustand. Wobei uns die Begrenztheit dieses Ansatzes sehr wohl bewusst ist, denn Interventionen auf der individuellen Handlungsebene führen zu keinen langfristigen Wirkungen, solange nicht auch Handlungsvoraussetzungen geschaffen werden, die einen gesunden Lebensstil ermöglichen.

Es ist vielfach wissenschaftlich belegt, dass unser Lebensstil unsere Gesundheit beeinflusst. Schon die Ärzte der Antike wussten, dass ohne angemessene „Lebensordnung“ es schwer ist, körperlich und seelisch gesund zu bleiben

bzw. zu werden. Allerdings muss ein gesundheitsbezogener Lebensstil auch zu den individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie der sozialen Umwelt passen, sonst bleibt ein gesunder Lebensstil fremdbestimmt und letztlich wirkungslos. Eine gesunde Lebensordnung muss sich also mit einer authentischen lustvollen Selbstbestimmung verbinden. Zum pädagogischen „So sollt Ihr leben“ sollte in kreativer Weise das eigenverantwortliche „Wie will ich leben?“ treten.

Die folgenden Beiträge ergründen das Thema Lebensstil und Gesundheit aus pädagogischer und psychologischer Perspektive. Sie zeigen dabei die Bedeutung der Wechselwirkung der drei Dimensionen Ressourcen, Orientierungen und gesundheitsrelevantes Verhalten für den Lebensstil.

Im ersten Teil des Buches wird eine Gegenstandsbestimmung des Fachs Gesundheitspädagogik versucht. Ausgehend von den historischen Wurzeln der Begriffe Erziehung und Gesundheit entwickelt **Georg Hörmann** in seinem Beitrag *Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs* wesentliche Elemente die ein eigenständiges Fach Gesundheitspädagogik konstituieren. Grundsätzlich hält Hörmann für die Gesundheitspädagogik neben der pathogenetischen Perspektive gleichwertig eine salutogenetische Orientierung für unabdingbar. Darauf aufbauend sind für ihn Erziehung und Bildung wesentliche Grundelemente der Gesundheitspädagogik. Während Gesundheitserziehung auf der Basis konkret vermittelten Wissens zur Einstellungs- und Verhaltensänderung motiviert, diese in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren, definiert Hörmann Gesundheitsbildung als Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines „kultivierten Lebensstils“, um gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung zu erlangen.

In ihrem Beitrag *„Schon eine Klasse für sich!? Positionsbestimmung und erste Erfahrungen zum neuen Bachelor-Studiengang Gesundheitspädagogik“* zeigt die **Arbeitsgruppe Gesundheitspädagogik** (Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider, Ulrike Spörhase und Rainer Wohlfarth), wie die von Hörmann postulierenden Basiselemente eines Fachs Gesundheitspädagogik konkret im Bachelor-Studiengang Gesundheitspädagogik an der PH Freiburg umgesetzt wurden. Nach den Autoren geht die Gesundheitspädagogik von einer positiven Bestimmung von Gesundheit aus und betont die Bedeutung protektiver Faktoren, wie sie in der Resilienz- und Invulnerabilitätsforschung herausgearbeitet wurden. Sie machen deutlich, dass Gesundheitspädagogik hier nicht auf einzelne Aspekte und Ausschnitte einer Person zielt, sondern die Person insgesamt zu ihrem Interventionsobjekt macht. In diesem Sinne werden die Studierenden des Bachelor-Studiengangs „Gesundheitspädago-

gik" zu Gesundheitsbildungs-Experten ausgebildet, die ein breites biomedizinisches, psychologisches und therapeutisches Basiswissen besitzen und ausgeprägte didaktische, methodische und praktische Fähigkeiten mit deutlich pädagogischer Orientierung aufweisen.

Im zweiten Teil des Buches zeigen Gesundheitsexpertinnen und -experten aus unterschiedlichsten Perspektiven die psychische, soziale und wahrnehmungsbedingte Bestimmung verschiedenster Lebensstile auf, ergründen die Bedeutung des Lebensstils auf die Gesundheit und erläutern, wie Lebensstile möglicherweise verändert werden können.

Vor dem Hintergrund, dass einem erweiterten Verständnis von Gesundheit neben körperlichem und psychischem Wohlbefinden auch Aspekte der Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung gehören, beschreiben **Udo Ritterbach** und **Rainer Wohlfarth** in ihrem Beitrag *Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit* den Zusammenhang von Lebensstil und Gesundheit als Gegenstand und Problem der Pädagogik. Sie stellen die Unterschiede der Konzepte Lebensstil, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten dar, und leiten dann aus empirischen Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit lebensstilrelevante Bereiche der Gesundheit ab. Gesundheitspädagogik, so postulieren die Autoren, soll dabei vorrangig die Selbstregulation, die individuelle Eigenaktivität jedes einzelnen Menschen fördern. Die Gesundheitspädagogik stelle hierfür ein reiches didaktisch-methodisches Instrumentarium zur Verfügung.

Wie gesund sich Menschen im Erwachsenenalter verhalten, entscheidet sich zu einem wesentlichen Teil bereits im Kindes- und Jugendalter. Zwar wissen die meisten Kinder heute um die Bedeutung gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung. Doch dieses Wissen ist in der Regel nicht handlungsleitend, denn das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern ist oftmals geprägt von Widersprüchen zwischen Wissen und Handeln, Kopf und Bauch. **Jutta Ommer-Hohl** stellt in ihrem Beitrag *Prävention in Lebenswelten – ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit* einen innovativen Ansatz vor, diese Widersprüche bei Kindern zu vermindern. Im Modellprojekt Science Kids sollen Kinder durch eigenes Experimentieren und Ausprobieren selbst die Antworten auf ihre Fragen finden und so die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Bewegung am eigenen Körper erfahren und verstehen.

Lebensstil-Änderung in der Schule – ist das überhaupt möglich? **Karen Molderings** stellt in ihrem Beitrag *Wie Kinder ihre Eltern erziehen – Kann Schule die Ernährung zu Hause verändern?* einfache Instrumente zur Änderung von Gewohnheiten vor. Anhand einer Interventionsstudie kann sie zeigen,

dass eine Kombination aus Elterneinbeziehung durch einen pädagogischen Elternabend, Ernährungsunterricht mit der Förderung einer selbstständigen qualitätsorientierten Beurteilung des Schulfrühstücks und dem Einsatz eines langfristigen Zielvereinbarungsverfahrens längerfristig das Essverhalten positiv beeinflusst.

Im Beitrag *Theoriegeleitete Lebensstiländerung* von **Reinhard Fuchs und Mitarbeitern** wird ein Interventionskonzept vorgestellt, bei dem auf Dokumentation, Theoriegeleitetheit und Evidenzbasierung besonderer Wert gelegt wird. Das Interventionskonzept zielt darauf ab, mit Patienten der stationären Rehabilitation den systematischen Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der Klinikentlassung vorzubereiten und sie anschließend auf diesem Weg eine Zeit lang zu begleiten. Das Besondere an dem vorgestellten Konzept ist, dass es neben dem Motivationsaufbau auch volitionale Interventionen umfasst, die der Stärkung der selbstregulativen Kompetenzen dienen, mit denen es der Person überhaupt erst möglich wird, aus einer bloßen Handlungsbereitschaft konkretes Handeln hervorgehen zu lassen.

Das Modell von Fuchs und Mitarbeitern ist auch Bestandteil des vom Universitätsklinikum Freiburg und der Deutschen Sporthochschule Köln im Jahr 2004 initiierten M.O.B.I.L.I.S.-Schulungsprogramms. **Andreas Berg und Mitarbeiter** können in ihrem Beitrag *M.O.B.I.L.I.S. – Bewegt abnehmen* zeigen, dass selbst stark übergewichtige Erwachsene durch ein interdisziplinäres Team aus qualifizierten Fachkräften effizient und wirksam abnehmen können. Körperliche Aktivität steht zwar im Fokus des einjährigen Gruppenprogramms, doch sind Ernährungsumstellung und Verhaltensänderung ebenso zentrale Themen.

Auf einen bislang nur wenig beachteten Aspekt eines gesunden Lebensstils – die Gesundheitskompetenz und insbesondere die Möglichkeiten diese durch eine veränderte Interaktion zwischen Mitgliedern von Gesundheitsberufen und Patienten zu fördern, gehen **Martin Härter und Daniela Simon** in ihrem Beitrag *Gesundheitsförderung im Dialog: Die Bedeutung Partizipativer Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen* ein. Eine stärkere Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen wird aufgrund des steigenden Wissens von Patienten über Erkrankungen und deren Behandlungen, wegen zunehmender Therapiemöglichkeiten im Zuge des medizinischen Fortschritts, aus ethischen und medizinrechtlichen Überlegungen sowie auf der Basis wissenschaftlicher Ergebnisse gefordert. Mit der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) stellen die Autoren ein Vorgehen vor, das im Arzt-Patienten-Gespräch die Beteiligung des Patienten bei Behandlungsentscheidungen erhöht.

Heute zeigt sich, dass immer mehr Menschen in zumeist guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen. Im dritten Teil des Buches gehen **Rainer Wohlfarth** und **Udo Ritterbach** in ihrem Beitrag „*Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys*“ auf den Zusammenhang zwischen Lebensstil und einer guten Gesundheit bis ins hohe Alter ein. Neben biographischen Faktoren ist ein aktiver Lebensstil bis ins hohe Alter eine wesentliche Voraussetzung für ein produktives Altern. Neben der Erhaltung der Gesundheit sind Partizipation und Lebensqualität wesentliche Ziele einer Gesundheitsförderung im Alter. Diese erfordert angesichts der Vielschichtigkeit und Vielgestaltigkeit des Alterns besondere auf das individuelle Altern angepasste Konzepte und Maßnahmen.

Im vierten Teil des Buches werden zwei Aspekte beleuchtet, die mittelbar mit unserem Lebensstil und unserer Gesundheit zusammenhängen. Treutlein und Reup verweisen auf den Zusammenhang zwischen Lebensstil, Doping im Sport und Doping im Alltag. Grundmeier zeigt, dass modische Bekleidung ein Seismograph des Zeitgeschehens und des Lebensstils war und ist.

Längst geht das Doping weit über den Leistungssport hinaus. Heute gibt es eine Tablette für jede Lebenslage: „Kinder-Koks“ für Mütter, Betablocker für Manager und Cortison für den Star-Tenor. **Gerhard Treutlein** und **Manuel Ruep** verweisen in ihrem Beitrag *Eine Tablette für jede Lebenslage? Doping im Alltag* darauf, dass es nahezu als Normalität gilt, wenn Menschen im Alltag dopen. Die Autoren verweisen darauf, dass die Entwicklung von Gesellschaft, Jugendkultur und Alltagsdoping wesentliche Gefahren für die Entfaltung von Jugendlichen mit sich bringt. Leistungsfähig zu sein, ist ein absolutes Muss geworden und daher stellt Doping den Versuch dar, Probleme mit Hilfe von Chemie zu lösen und so den Erwartungen und Herausforderungen der neuen Zeit gerecht zu werden.

Für Schönheit bildet körperliche Gesundheit die wesentliche Voraussetzung. **Anne-Marie Grundmeier** argumentiert in ihrem Beitrag *Mode, Lifestyle – und Gesundheit – Widerspruch oder Zukunftstrend?*, dass Bekleidung als Lifestyleelement Menschen nicht nur optisch attraktiv erscheinen lassen soll, sondern nach Möglichkeit unsere körperliche Gesundheit bewahren bzw. fördern. Der Schutz vor klimatischen Faktoren wie Sonneneinstrahlung, Kälte und Nässe werde durch Funktionstextilien gewährleistet. Somit könne, so die Autorin, unsere zweite Haut „Bekleidung“ sowohl die Gesundheit unterstützen als auch die körperlichen Vorzüge ins rechte Licht rücken – ganz im Sinne des aktuellen Lifestyles, der auf Vitalität und Gesundheit basiert.

Im fünften und abschließenden Teil des Buches wird gefragt, ob es nicht nur einen gesundheitsförderlichen sondern auch einen gesundheitsfordernden

Lebensstil gibt. **Manfred Lütz** thematisiert in seinem satirisch-ernsten Plädoyer *Gesundheit und Anti-Aging. Über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion* Grenzfragen von Medizin, Psychotherapie und Ethik. Der Autor postuliert, wir würden im Zeitalter der real existierenden Gesundheitsreligion leben. Alle Üblichkeiten der Altreligionen sind, so Lütz, inzwischen im Gesundheitswesen angekommen. Halbgötter in Weiß, Wallfahrten zum Spezialisten, Krankenhäuser als die Kathedralen unserer Zeit, die das »Gefühl schlechthinniger Abhängigkeit« erzeugen. Lütz sieht einen bruchlosen Übergang von der katholischen Prozessionstradition in die Chefarztvisite. Diätbewegungen gingen als wellenförmige Massenbewegungen übers Land, in ihrem Ernst die Büsser und Geißlerbewegungen des Mittelalters bei Weitem übertreffend. Unbewusst, aber umso machtvoller richtet sich die religiöse Ursehnsucht der Menschen nach ewigem Leben und ewiger Glückseligkeit heute an Medizin und Psychotherapie. Manfred Lütz ersetzt die heilige Kuh „Gesundheit“ durch ein spirituelles, ganzheitliches Konzept, bei dem der Spaß am Leben nicht länger als Plastikprodukt der Gesundheitsindustrie ist.

Freiburg, im Juli 2009

Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider, Ulrike Spörhase

Danken möchten wir Heike Bechtold, Corinna Wangler, Ulrich Birtel und Rainer Wohlfarth für ihre Mithilfe bei der Vorbereitung der Buches.

Gesundheitsförderung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs

Georg Hörmann

Erziehung und Gesundheit

Gesundheitsförderung scheint ebenso altmodisch wie Pädagogik. Während sich letztere nicht nur zur Erziehungswissenschaft im Singular, sondern im Zeichen der Postmoderne oder des Trends zum „Diversity Management“ in Erziehungswissenschaften im Plural oder zumindest in eine Erziehungs- und Bildungswissenschaft¹ gewandelt hat, entwickelte sich Gesundheitsförderung im Gefolge der Ottawa Charta (1986) der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung (vgl. Naidoo & Wills, 2003; BZgA, 2003²) oder verkürzte sich schlicht auf Gesundheit. So wurde der im Jahre 1921 gegründete „Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung“ im Jahre 1954 zunächst als „Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung“ fortgesetzt, allerdings wurde die im Jahre 1969 in „Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung“ umbenannte Dachorganisation kurzerhand im Jahre 1992 in „Bundesvereinigung für Gesundheit“³ umgewandelt. Wenn neben dieser bundeszentralen Vereinigung als bekannte weitere Einrichtung in der Bundesrepublik die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung⁴ besteht, wird erkenntlich, dass offensichtlich seit der Aufklärung das Moment des Aufklärens/Belehrens ein wesentliches Merkmal der Pädagogik zu sein scheint (vgl. Hörmann, 1986). Entsprechend dieser Tradition wird „Erziehung“ als Aufklärung / Belehrung in der anglierten Form von pädagogischen Nachbardisziplinen laienhaft verwandt etwa in der Psychiatrie als „Psychoedukation“ oder „Continuing Medical Education (CME)“ in der ärztlichen Fortbildung. Der Begriff „Psychoedukation“ wird seit 1980 zur Schulung von Patienten bei psychischen Störungen gebraucht mit dem Ziel, nicht nur Informationen über die Erkrankung und beispielsweise etwaige Nebenwirkungen von Medikamenten zur

1 Stellvertretend für viele neue Studiengänge im Rahmen des Bologna-Prozesses die Bezeichnung für den neuen (ab WS 2008/09 eingerichteten) MA-Studiengang „Erziehungs- und Bildungswissenschaft“ an der Universität Bamberg.

2 Zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten siehe Franzkowiak & Sabo, 1993, 11–59

3 vgl. <http://www.bvgesundheit.de> (dort Geschichte der BVG)

4 siehe www.bzga.de

Erhöhung der „compliance“ (Hornung, 1998) oder „Therapieadhärenz“ (WHO, 2003; Kern et al., 2008)⁵ zu vermitteln, sondern auch Rezidive zu verringern und den psychopathologischen Status zu verbessern (Bäumel et al., 2008, 48). Unter „Continuing Medical Education“ wird im ärztlichen Bereich die Pflicht zur fachlichen Fortbildung verstanden, die im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom Jahre 2003 verbindlich gemacht wurde (§§ 95d, 137 SGB V). Die verkümmerte Verwendung von Erziehung im Sinne von Schulung oder Fortbildung (als Fortsetzung der Ausbildung) bezieht sich demnach auf eine prototypische Aufgabe der klassischen pädagogischen Institution Schule mit dem zentralen Element Unterricht (Instruktion).

Dass es freilich auch im ureigenen pädagogischen Bereich der Schule zumindest um die Lehrer- und Schülergesundheit nicht zum besten steht, belegen neben wenig erquicklichen Befunden zur Lehrergesundheit und Invalidität (Weber et al., 2001, Weber, 2002), Lehrerbeltung bzw. –beanspruchung (Schaarschmidt, 2002; Böhle, 2003; Hüfner, 2003) nicht weniger alarmierende Trends zum Zustand der Schülergesundheit. Neben Daten aus dem Bielefelder Jugendgesundheitsurvey (Kolip et al., 1995), welche beträchtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, psychosomatische Beschwerden und gesundheitsrelevante riskante Verhaltensweisen aufzeigen, sind weitere repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Hurrelmann et al., 2003; 2004) aus der umfassenden Studie des Robert-Koch-Instituts zu entnehmen (Lampert et al., 2007)⁶, nicht zuletzt sei erinnert an die Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie aus dem Jahre 2008⁷, deren Ergebnisse auf politischer Ebene zu einem nationalen Aktionsplan („InForm – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“) geführt haben. Ohne zu fragen, ob die Regierung eine Diät bei Nationalen Aktionsplänen, Kampa-

5 Gegenüber dem älteren und inzwischen eher negativ konnotierten Begriff der Compliance (engl. Willfährigkeit, Zustimmung, Befolgung, Einhaltung) wird neuerdings der Begriff Adhärenz (engl. adherence – Anhaften, Anhänglichkeit) bevorzugt. Im Unterschied zur „Compliance“ als der Beschreibung einer recht einseitigen Arzt-Patient-Beziehung wird bei „Adhärenz“ nicht nur die eigenmotivierte, regelmäßige Einnahme von Medikamenten, sondern auch die selbständige und intrinsisch motivierte Durchführung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderungen verstanden. „Im Unterschied zur Compliance sprechen wir von Adhärenz, wenn der Patient ein komplexes Behandlungsregime wie zum Beispiel die Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit Verhaltensänderungen (z.B. Ernährung, Bewegung) aktiv, intrinsisch motiviert und eigenverantwortlich über einen längeren Zeitraum durchführt. Zentral dabei ist, dass der Patient über ein ausreichendes Wissen bezüglich der Wirksamkeit des Therapieregimes verfügt und darüber hinaus von der Notwendigkeit der entsprechenden Maßnahmen überzeugt ist“ (Kern et al., 2008, 878).

6 vgl. RKI: www.Kinder-Jugend-Gesundheit21.de

7 vgl. <http://www.was-esse-ich.de>

gnen aller Art und fetten Werbebudgets braucht⁸, bleibt zunächst festzuhalten, dass Erziehung im Zusammenhang mit Gesundheit entweder zurückgedrängt bzw. zugunsten des Begriffs Gesundheitsförderung ersetzt oder im medizinischen Bereich auf die pädagogische Kernkomponente Unterrichten/Schulen reduziert wird.

Erziehungswissenschaften und Gesundheit

Gegenüber der Eliminierung von Erziehung aus der Erziehungswissenschaft beginnt Prange (2000, 7) sein „Plädoyer für Erziehung“ mit folgendem Votum: „Erziehung ist das eine und ganze Thema der Pädagogik; Erziehung und nicht Sozialisation, auch nicht Entwicklung oder Lernen oder Kommunikation, und schon gar nicht Therapie, Fürsorge, Sozialarbeit, Lebensbegleitung oder was sonst noch alles angeführt wird, um dem offenbar etwas unbequemen und unübersichtlichen Sachverhalt des Erziehens auszuweichen. In der Tat lässt sich beobachten, dass es mit der Erhebung der Pädagogik zur Erziehungswissenschaft zu einem wahrhaft inflationären Import auswärtiger Themen und Begriffe gekommen ist, von denen nur zu ahnen ist, dass sie irgendwie etwas mit Erziehen zu tun haben“. Es scheint demnach, als wäre „Erziehung“ suspekt geworden, auch im Alltag. Ihr wird ein autoritärer Beigeschmack zugeschrieben und sie ist gewissermaßen belastet mit Tendenzen von Unterdrückung, Entmündigung, Gängelung oder Engstirnigkeit. Während medienwirksam von Journalisten eine „Erziehungskatastrophe“ oder ein „Erziehungsnotstand“ beklagt wird (vgl. Raithel et al., 2007, 10 ff.), verdeutlicht Prange (2000, 12) die Suche nach weniger anstößigen Vokabeln und Ausweichbegriffen, indem er spöttisch bemerkt: „Folgte man der Nomenklatura der sich avantgardistisch gebenden Pädagogik, dann dürfte von alleinerziehenden Müttern und Vätern nicht mehr die Rede sein, sondern man hätte von alleinversorgenden Lebensbegleitern und teilhabebehilflichen Beziehungsarbeiterinnen zu sprechen, die es im unglücklichen Falle auch nicht mehr mit schwererziehbaren Kindern zu tun haben, sondern mit aushandlungsresistenten Fällen in erschwerten Lebenslagen“. Es wäre also wenig gewonnen, würde man auf die „Erziehung“ verzichten und den Begriff durch andere ersetzen.

Gegenüber einer Pädagogie als erziehender Praxis und Pädagogik als „Erziehungskunst“ wird abgesehen von einer ausufernden „Verwissenschaftli-

8 Neben den beträchtlichen Ausgaben für die Propaganda des Programms „InForm“ werden etwa allein 13 Millionen Euro für Forschungsprojekte zu „biomedizinischer Ernährungsforschung“ ausgegeben (vgl. http://www.bmbf.de/pub/projekte_ernaehrungsforschung.pdf, ferner zum „Kreuzzug gegen Fette“ Schmidt-Semisch & Schorb, 2008

chung", die zusehends „riskante Scheuklappen“⁹ produziert, mit *Erziehungswissenschaft* die stärkere empirische Orientierung durch die **Analyse der „Erziehungswirklichkeit“** gegenüber dem hermeneutisch-geschichtlichen und normativen Wissenschaftsverständnis gekennzeichnet, ohne dass deshalb das erziehungsphilosophische Normenproblem ausgeblendet oder die erziehungspraktische Lebenskunst (Hörmann, 2007) ignoriert werden kann. In seiner grundlegenden systematisch-problemgeschichtlichen Erläuterung der Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns differenziert Benner (2001) pädagogische Praxis (Handlungswissen, Erfahrungen von Praktikern), pädagogische Handlungstheorie (handlungstheoretisches Wissen) und pädagogische Forschung (wissenschaftliches Wissen). Die Stellung pädagogischer Praxis stellt sich demnach im Rahmen menschlicher Gesamtpraxis in nicht-hierarchisiertem Verhältnis von Ethik, Politik, Arbeit, Religion und Kunst dar (Benner, 2001, 44). Den koexistentiellen Praxisformen gegenüber zeigt Pädagogik zwar Besonderheiten, sie kann aber auch nicht ganz aus diesem Zusammenhang herausgelöst werden. Beispielsweise ist die Pädagogik mit ethischen und politischen Themen konfrontiert. Sie ist betroffen von Anforderungen der Arbeit bzw. der Arbeitsfähigkeit, der Religion, der Kunst usw. An all diese Themen und Lebensbereiche stellt sie ihre Fragen und versucht, Antworten zu geben und/ oder diese Dimensionen des Lebens aus pädagogischer Perspektive zu analysieren. Grundlegende Existenzialien sind dabei Sprache, Geschichtlichkeit, Freiheit und Leiblichkeit. Insbesondere mit Leiblichkeit, die „weder als Organismus noch als Maschine zu fassen ist“, will Benner (2001, 42) die Interessenlehre von Habermas (1968), die sich auf Arbeit, Sprache und Herrschaft bezieht, erweitern. Hiermit wird eine kopflastige Praxis, die sich neuerdings in einer reduktionistischen Hirnforschung geistlos reproduziert, auf die physische / psychische / soziale / kulturelle Dimension, wie sie gerade für Gesundheit bedeutsam ist, entschärft.

Sofern von Erziehungswissenschaften im Plural die Rede ist, bezieht sich diese Ausdrucksweise einerseits auf die vielfachen, zuweilen mit Alleinvertretungsanspruch agierenden Denktraditionen und Forschungsmethoden, andererseits auf die vielfältigen Subdisziplinen, die nach unterschiedlichen Kategorien (Lebenslauf-, Lebensort-, Methodenbezug) durchaus im Sinne einer umfassenden Humanvitologie gesehen werden können (Raithel et al., 2007, 16 f.). Unabhängig von der Frage einer weiteren Aufspaltung der Pädagogik in Subdisziplinen oder Abspaltungen bzw. Neukonstituierung eigener Disziplinen (beispielsweise von einer Sozialpädagogik zu einer Sozialarbeitswissen-

9 Zur Tendenz der Hochschulen, immer neue Fächer anzubieten, von der Pferde- bis Tanzwissenschaft (vgl. Spiegel 35/2008, S. 33)

schaft oder der Thematisierung von Gesundheit und Soziale Arbeit; vgl. etwa Sting & Zurhorst, 2000; Homfeldt & Sting, 2006¹⁰; Hensen & Hensen, 2008) bleibt zu fragen, unter welchem wissenschaftlichen Dach Gesundheit neuerdings firmiert und wie sich das Verhältnis zur Pädagogik darstellt.

Lebenswissenschaften und Gesundheit

Die von dem russischen Wissenschaftler Nikolai Kondratieff aufgestellte Theorie über die langen Wellen der Konjunktur prognostiziert nach den bisherigen technologischen Basisinnovationen physikalisch-chemischer und informationstechnischer Art für das neue Jahrtausend „Gesundheit“ als Megatrend („6. Kondratieff-Zyklus“¹¹). Nach Kondratieff wird die Nachfrage nach psychophysischer Gesundheit sowohl einen großen Markt hervorbringen als auch die Rolle eines Katalysators für andere Märkte übernehmen, wobei die Technik eine wichtige, unterstützende Rolle spielt. Gegenüber der im 6. Kondratieff betonten Hervorhebung vermehrter Produktivitätsreserven vorwiegend im psychosozialen Bereich setzen die smarten Biotechnologie- und „Life-Sciences“-Lobbyisten ausgerechnet auf Technologien wie Molekularbiologie und Gentechnik-Forschung als „Schlüsseltechnologien der Zukunft“. Kommt dort Bildung allenfalls noch in der Form von Ausbildung für technologischen Fortschritt vor?

Unabhängig von der grundsätzlichen Frage einer zweckfreien Bildung als allseitiger Entfaltung menschlicher Kräfte soll an dieser Stelle verdeutlicht werden, dass Gesundheit mehr ist als körperliche Funktionstüchtigkeit und biologisches oder biochemisches Regellaufwerk unter pathogenetischer Perspektive, sondern eine kulturelle Leistung unter salutogenetischer Orientierung, zu deren Kultivierung Bildung einen unersetzlichen Beitrag zu leisten vermag.

Das Umfeld von Gesundheit und Krankheit

In der abendländischen Tradition wird Gesundheit idealtypisch einerseits als etwas verstanden, das durch den Lebensstil erhalten, andererseits als etwas, das durch die Behandlung von Krankheiten wiederhergestellt wird: Die altgriechischen Mythen von *Hygieia* („Hygiene“ als Förderung eines gesunden

10 Die Entfernung von Erziehung im Verbund mit Gesundheit und der Wandel in den Leitbegriffen wird anschaulich illustriert durch die von Homfeldt herausgegebenen Bücher. Hieß noch die erste Publikation „Erziehung und Gesundheit“ (1991), folgte anschließend „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ (1994) bzw. „Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung“ (1994), dann schlicht „Studienbuch Gesundheit (2002), um schließlich den Standort in „Soziale Arbeit und Gesundheit“ (2006) zu positionieren.

11 www.kondratieff.net

Geistes in einem gesunden Körper) und *Äskulap* (Heiler von Krankheiten, vgl. Äskulapstab der Ärzte) symbolisieren die zwei verschiedenen Standpunkte seit alters in der Medizin (vgl. McKeown, 1982, 25 f.). Die Bezeichnung für unser Gesundheitswesen hieße wohl zutreffender „Krankheitsverwertungswesen“¹², da es hauptsächlich um die Behandlung von Krankheiten geht. Nicht nur die beiden letzten offiziellen Gesundheitsberichte für Deutschland von 1998 und 2006 befassen sich schwerwiegend mit den großen Krankheitsgruppen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bösartigen Neubildungen, Krankheiten des Bewegungsapparates, Psychiatrischen und neurologischen Krankheiten, Erkrankungen der Atemwege, des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane, des Urogenitalsystems, Allergien, Infektionskrankheiten (AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B) und Verletzungen (1998, S. 159-286); weiterhin mit Einrichtungen (sog. „Ressourcen“) der Gesundheitsversorgung wie öffentlichem Gesundheitsdienst, ambulanter, stationärer und teilstationärer Versorgung, pharmazeutischer und medizintechnischer Industrie sowie Krankenversicherung, nicht zuletzt mit Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie Ausgaben, Kosten und Finanzierungsströmen. Auch die aktuellen Debatten um Gesundheitsreformen kreisen weniger um die Förderung von Gesundheit als vielmehr um die Eindämmung von Krankheit und ihrer Kosten etwa durch Budgetierung, Deckelung oder Rationalisierung von Ausgaben oder Verschreibungsprozeduren für Medikamente durch Negativ-, Positiv-Listen, Standardisierung ärztlicher Leistungen durch Fallpauschalen und Entgelte, standardisierte Abrechnungssysteme wie Diagnose-Related-Systems (DRS), „Disease-management“¹³ und Gesundheitswettbewerb.

Gegenüber der starken Orientierung an Krankheit hat sich in neuerer Zeit gleichwohl die Herausbildung eines positiven Gesundheitsideals etabliert. Wohl am bekanntesten ist die quasi offiziellste aller Umschreibungen geworden, nämlich die berühmte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von der Gesundheit als „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Diese Definition hat wegen des Einbezugs sozialer und psychischer Dimensionen zwar begeisterten Beifall und weiteren Differenzierungen geführt, aber auch berechtigte Kritik gefunden, nicht zuletzt wegen

12 So Eberhard GOEPEL im Interview in: Psychologie heute 10/2001, 49. Daran ändert auch die semantische Umetiketierung wenig, die sich wohl am augenscheinlichsten in der Neufassung des Krankenpflegegesetzes äußert, das seit 2004 „neue Berufsbezeichnungen - Gesundheits- und KrankenpflegerIn - für examinierte Pflegekräfte mit sich bringt“ (Altgeld & Kolip, 2008, 38).

13 Die Tendenz, dass mit Sonderzahlungen als ökonomischen Anreizen eine „Jagd auf kranke Versicherte“ erfolgt, wird sich mit dem ab 2009 geltenden Krankenkassenfinanzausgleich („Gesundheitsfonds“) wohl noch verstärken (Dt. Ärztbl. 3008: 105 34-35) C 1499

ihres statischen und perfektionistischen Anspruchs, welcher letztlich eine gigantische Therapeutisierung aller dem hehren Ideal eines Zustands vollständigen körperlichen geistigen und sozialen Wohlbefindens nicht genügenden Menschen bewirken würde. Im weiterentwickelten Gesundheitsförderungsansatz der WHO (vgl. Ottawa Charta, 1986, Franzkowiak & Sabo, 1993; Kolip, 2001) werden gegenüber der traditionellen Betonung auf Verhaltensprävention (Schutz vor Risikofaktoren) **Verhältnisprävention** und neben **Risikofaktoren** auch **Schutzfaktoren** (*soziale und personale Ressourcen*; Hurrelmann, 1998, 49) betont. Die Gesundheitsförderungsstrategie versteht sich daher als (bildungs)politisches und emanzipatorisches Konzept, das sich nicht nur auf Chancengleichheit und Solidarität stützt, sondern die Befähigung und Ermächtigung („Empowerment“) von Bürgerinnen und Bürgern und die Unterstützung von Anliegen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, anstrebt.

Im Gesundheitsbericht von 1998 hat der Gesundheitsförderungsansatz einen ersten bescheidenen Niederschlag gefunden, indem neben der Einbeziehung individueller Aspekte von Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden, S. 58 ff) oder Funktionen der Laien- und Selbsthilfe (S. 301 ff.) gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen am Beispiel gesundheitsrelevanter Einstellungen, Ernährungsverhalten, Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen erörtert und mit „Risikomerkmale“ der sozialen Lage, der Umwelt sowie der Arbeitswelt, der Freizeit und des Verkehrs verglichen werden.

Neben Einkommens- und Wohnungsverhältnissen, Arbeitslosigkeit und Gewalt wird auch **Bildung** unter „Risikomerkmale der sozialen Lage“ diskutiert. Geringes Bildungsniveau, gemessen mit den Indikatoren Schulabschluss und Berufsausbildung, stellen in der Einschätzung des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens, bei Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Mortalität deutliche Risikomerkmale dar¹⁴. Trotz der Problematik, dass Bildung, operationalisiert am Bildungsniveau, nur eine Dimension von sozialem Status beschreibt und mit weiteren Merkmalen wie Einkommen, Beruf, sozioökonomischen, sozialen und personalen Ressourcen konfundiert ist, werden aus dem deutlichen Einfluss der Bildung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung folgende gesundheitspolitische Konsequenzen abgeleitet: „Die Bedeutung von nicht gesundheitsspezifischen Maßnahmen für

14 Geringfügiger gilt dies bei Erkrankungshäufigkeiten an Herzinfarkt, Schlaganfall und Zuckerkrankheit, bei Rheuma und Magengeschwür deutlich höher bei Männern. Mehr Frauen mit hohem Bildungsstatus berichten demgegenüber häufiger über Magengeschwüre bzw. -schleimhautentzündungen, in gleicher Weise gelten die markanten gegenläufigen Differenzen für Allergien bzw. Heuschnupfen (Gesundheitsbericht 1998, 111).

die gesundheitliche Lage – wie z.B. die Verbesserung des Bildungsniveaus – wird oftmals unterschätzt. Investitionen im Bildungssektor können dazu beitragen, dass die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit deutlich erhöht werden. Bei den deutlichen bildungsspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand sollten zielgruppenspezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen und Programme gezielt angegangen werden" (S. 111). Der Bericht zur „Gesundheit in Deutschland“ (2006, 81 ff.) benennt unter den Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, nur noch soziale Lage, Umwelteinflüsse und Unfälle, Ernährung, Körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Übergewicht, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie, weil Bildung mit der sozialen Herkunft zusammenhängt und somit als ein Teil der sozialen Ungleichheit figuriert. Gerade angesichts der nach wie vor desolaten Lage mangelnder Bildungsgerechtigkeit trotz zwischenzeitlich höherer weiblicher Bildungsbeteiligung und der Unterschätzung von Bildungsmaßnahmen zur Erhöhung von Gesundheit und Chancengleichheit sollen bildungsbedingte „soziale Risikomerkmale der Gesundheit“ das Spektrum gesundheitspädagogischer Möglichkeiten skizzieren und anhand ausgewählter Bereiche illustrieren.

Gesundheit im Kontext von Erziehung und Bildung

Gegenüber der älteren Gesundheitsaufklärung und dem traditionellen Feld der Gesundheitserziehung, dem häufig im Alltagsverständnis ein eher belehrender und autoritärer Charakter zugeschrieben wird, hat sich vornehmlich im Bereich der Erwachsenenarbeit der Begriff Bildung durchgesetzt. Als Bereiche einer Gesundheitsbildung für Körper und Seele seien hier stellvertretend die Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung, Selbsterfahrung und Verhalten, Gesellschaft und Umwelt, Erkrankung, Heilung sowie Leben mit Krankheiten und Abhängigkeiten mit jeweils zugeordneten Aktivitätsformen genannt. Obwohl Gesundheitsaufklärung einige Erfolge aufzuweisen hat, etwa bei Anti-Raucherkampagnen, Verlagerung der sog. „Managerkrankheiten“ auf niedrigere Bildungsstufen, und in einigen Bereichen (wie der AIDS-Prävention) bislang die wirksamste Alternative nicht nur in Entwicklungsländern darstellt, wird ihr Ertrag gleichwohl zumeist als unbefriedigend eingeschätzt. Da die Vermittlung von Kenntnissen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen nicht zu einem veränderten Verhalten geführt hat, zeichnen sich Programme der Gesundheitserziehung durch den pädagogisch fundierten Ansatz aus, auf der Basis konkret vermittelten Wissens zur Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren, diese in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren.

Während **Erziehung** aus der Sicht des Erziehers im Sinne einer umfassenden **Didaktik** (als **Lehrkunst**) Anregungen und Lernmöglichkeiten eröffnet und strukturiert, bedeutet **Bildung** aus der Sicht des Edukanden im Sinne einer **Mathetik** (als *Lernkunst*, vgl. Chott, 1998) selbstgesteuerte Gestaltung (lat. „eruditio“ als Überwindung eines unverarbeiteten Rohzustandes). Gesundheitsbildung bedeutet somit Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines „kultivierten Lebensstils“ (als gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung). Wenn auch unter ökonomischen Aspekten eine solide Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitserziehung aussteht (vgl. Jerusalem & Mittag, 1994, 858), vermögen Hinweise auf die Auswirkung gesundheitserzieherischer Aktivitäten insbesondere in Konkurrenz mit anderen Verwendungszwecken der knappen Mittel¹⁵ trotz der generellen Schwierigkeit einer „Evaluation von Gesundheitsförderung als einer fraglichen „Mission impossible“ (Schmacke, 2007)“ einer nüchternen Bilanzierung von direkten, indirekten und intangiblen Kosten durchaus standhalten (Oberender, 1987).

Die Bedeutung von pädagogischen Maßnahmen ergibt sich einerseits aus einer Zunahme verhaltens – (verhältnis)-bedingter Erkrankungen und andererseits der Verschiebung des Krankheitspanoramas zu den sog. „Zivilisationskrankheiten“ und einer mit zunehmendem Alter steigenden Anzahl chronischer Krankheiten wie etwa der Dialyse oder vielfältigen Formen von Demenzen bzw. neurologischen Störungen. Medizinischer Erfolg wird in gewisser Hinsicht zum Pyrrhussieg, wenn chronische Krankheiten als Ergebnis des medizinischen Fortschritts oder des verlängerten Lebens zunehmen. Auch die Bedeutung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten ist offensichtlich, wie dies selbst in offiziellen Statistiken zu den Kosten von Über- oder Falschernährung regelmäßig dokumentiert wird (Kohlmeier et al., 1993). Dass sich neben dem finanziellen und volkswirtschaftlichen Aspekt etwa Übernährung auch nachteilig auf das Wohlbefinden auswirkt, kann am Beispiel der Mehrbelastung der Gelenke, des Herzens, der Gefäße und der Verschlechterung der Stimmung leicht veranschaulicht werden. Dass sich Ernährung im Zusammenhang mit Bewegung nicht nur zur Prävention von Osteoporose (Keck, 2001) und des Altersdiabetes eignet, sondern auch als Mittel zur Krebsprävention (Küpper, 2001), ist inzwischen unbestritten. Nach Schätzungen der World Cancer Research Fund (1997) könnten durch eine

15 Der strenge Beurteilungsmaßstab ist umso erstaunlicher, als er für andere medizinische Maßnahmen nicht gilt. Ganz abgesehen von den durch Krankenkassen bezahlten dürftigen Erfolgsraten künstlicher Befruchtungen (IVF) heißt es etwa zu Nutzen und Risiken bildgebender Verfahren im Gesundheitsbericht 1998, S. 424: „Es gibt keine Untersuchungen, die den Nutzen bildgebender Verfahren hinsichtlich erzielter Einsparungen oder eines Einflusses auf Morbidität, Mortalität und Lebensqualität darstellen“.

ausgewogene Ernährung, bei Einhaltung eines normalen Körpergewichts und regelmäßige körperliche Aktivitäten 30 – 40 % aller Krebsarten verhindert werden. Angesichts der Propagierung einer Vielzahl von Ernährungsphilosophien, zweifelhafter Diäten, supplementierter Lebensmittel, Lebensmittelsupplementen (Nahrungsergänzungen) oder funktioneller Lebensmittel (functional food) stellt sich allerdings die Frage nach Sinn und Unsinn solcher „gesundheitsbezogener“ Lebensmittel (Gassmann, 2001) und ihrem Versprechen, einen Beitrag zur Verhütung oder Behandlung chronischer Krankheiten oder zur Förderung allgemeiner Fitness zu leisten, da jegliche Effektivitätsnachweise fehlen. Dass mit der Werbung für angeblich gesundheitsförderliche Lebensmittel oder Life-Style-Medikamente Ängste, Zwänge und Irreführungen erzeugt werden und zuweilen sogar mehr Schaden als Nutzen angerichtet wird, bedarf bei dem in Gesundheitsbelangen Gebildeten keiner Vertiefung.

Gesundheits- und Krankenpädagogik

An eine „Theorie der Gesundheitspädagogik“ (Wulfhorst, 2002, Zwick, 2004)¹⁶ knüpft sich zunächst die Hoffnung, dass entsprechende Gesundheitsrisiken durch die Einleitung planmäßiger Lernprozesse wenigstens ansatzweise ausgeschaltet bzw. förderliche Gesundheitsressourcen entwickelt werden können. Die Zielorientierung erzieherischen Handelns scheint vorauszusetzen, dass es jemanden gibt, der weiß, aus welchem Grund und zu welchem Zweck ein anderer sich einer bestimmten (Be-)Handlung zu unterziehen hat. Dieses Wissen stützte sich anfänglich hauptsächlich auf Erkenntnisse und Verfahrensweisen der naturwissenschaftlichen Medizin. Während sich die somatisch orientierte Medizin um die kurativen Aspekte der Krankheitsbewältigung kümmerte, konzentrierte sich die Gesundheitserziehung ergänzend darauf, den Menschen Informationen zu vermitteln, wie sie bestimmte Erkrankungen und Funktionsstörungen durch die Einhaltung sanitärer und hygienischer Gepflogenheiten vermeiden könnten, wie dies am Beispiel der Kampagnen zur Zahngesundheitserhaltung verdeutlicht werden kann. Neben der somatischen Krankheitsvermeidung bedeutete Gesundheitserziehung das Trainieren des menschlichen Körpers und Geistes für eine optimale Anwendung biomedizinisch begründeter Erkenntnisse und Verfahren mit Hilfe kognitiver und emotionaler Methoden (wie Abschreckung, Angstappelle). Was im Falle von Gesundheit gegenüber einer umfassenderen Gesundheitspädagogik

16 Neben der konzeptionellen und disziplinären Betrachtung bezeichnet Gesundheitspädagogik auch Studienangebote, wie etwa das Zweitfach im Rahmen des Lehramts an beruflichen Schulen an der Universität Bamberg (Hörmann 1991, 1999, 2001, 2003) oder den seit dem WS 2007 neu eingerichteten BA-Studiengang der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

eher als „*Medicopädagogik*“ verstanden wird, gilt im Falle von Krankheit für ein restringiertes Verständnis von „*Psychoedukation*“.

Dieses Modell von Gesundheitserziehung, das vorrangig an der Verhütung medizinisch vordefinierter Krankheiten orientiert ist, wobei deren Entstehung individuellem Fehlverhalten zugeschrieben wurde, sowie die bloße Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen erfüllten – trotz vereinzelter unbe-streitbarer Erfolge – jedoch insgesamt nicht die hochgesteckten Erwartungen. Unabhängig von der Vernachlässigung von Fragen der Lebensqualität und des Wohlbefindens, welche in den auf spezielle Risiken wie Konsum legaler und illegaler Drogen, Tabak- und Alkoholkonsum, HIV-Infektion gerichteten Programmen eher selten zur Sprache kommen, wurden als strukturelle Mängel dieser Varianten von Gesundheitsbildung neben der Kritik an seinem ausgeprägten Individualismus die verdeckte Krankheitsorientierung, ein nicht minder ausgeprägter Autoritarismus sowie die Assoziation mit einem asketischen und langweiligen Lebensstil angeprangert. Schließlich wird kritisiert, dass alters- und entwicklungsspezifische Verhaltensmerkmale sowie die psychosoziale Funktionalität von Risikomerkmale unberücksichtigt blieben, was angesichts der differentiellen Gesundheitssemantik in unterschiedlichen Lebensaltern eine unzureichende Effektivität erklärt. Schließlich wird bei gesundheitspädagogischen Interventionsschwerpunkten die wichtige Erweiterung um sozial- und persönlichkeitspsychologische Komponenten (wie soziale Immunisierung, Verhaltensimpfung, Entwicklung allgemeiner Bewältigungskompetenzen, Coping und Life-Skills) und der Einbezug der Perspektive der Lebensweisen (Hünersdorf, 1997, 57 ff.) und des sozialstrukturellen Settings betont, um dem „Präventionsdilemma“¹⁷ (Bauer, 2005) gegenzusteuern.

Gegenüber einer Medicopädagogik rückt neben der stärker die symmetrische Interaktion betonenden **Gesundheitsberatung** mit der Orientierung auf gesundheitsbezogene Planungs-, Handlungs- und Entscheidungshilfe „**Gesundheitsbildung**“¹⁸ als Gesunderhaltung oder gesundheitsorientierte Lebensweise („Salutogenese“, vgl. Antonovsky, 1997), in den Vordergrund mit einer grundsätzlichen Abgrenzung gegen eine Prophylaxe, welche lediglich die Verhütung von bereits drohender Krankheit intendiert. Neben der positiven Bestimmung von Gesundheit und der Betonung protektiver Faktoren,

17 Zum engen Zusammenhang zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und dem Versagen breit angelegter Präventionsprogramme im Bereich Schule bemerkt Baur (2005, 74: „Das Präventionsdilemma – die hohe Teilnahmeakzeptanz bei wenig gefährdeten Adressatengruppen sowie die umgekehrt proportionale Ablehnung und fehlende Motivation bei jugendlichen Risikogruppen – findet durch die schulstrukturelle Rahmung einen besonderen Nährboden“.

18 Zur Gesundheitsbildung im Wandel vgl. Haug 1991

wie sie in der Resilienz- und Invulnerabilitätsforschung, gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung und Widerstandsfähigkeit herausgearbeitet wurden (BZGA, 1998), wird **Gesundheitsförderung** zusätzlich an die Lebenswelt und die gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse gebunden, insbesondere in den Sektoren, die für den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung von besonderer Bedeutung sind.

Als Erweiterung des gesundheitsbezogenen Horizontes geraten nicht zuletzt auch chronische Krankheiten in das Blickfeld als pädagogische Handlungsfelder, wie z.B. Schulung bei Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes, Atemwegserkrankungen, Mucoviscidose (Zystische Fibrose), Magen-Darmkrankheiten wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Während im Bereich der Psychologie in Abkehr von der ätiologisch und tiefenpsychologisch-psychoanalytisch orientierten Psychosomatik sich die Verhaltensmedizin der Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten annimmt (vgl. Petermann, 1997), wird eine Krankenpädagogik zumeist noch im eingeschränkten Sinne als sonderpädagogische Teildisziplin der Schule für Kranke verstanden. Gleichwohl ist Krankenpädagogik neben Patientenschulung und -training (vgl. Petermann, 1997) als Teilgebiet einer Gesundheitspädagogik wahrzunehmen, welche primär das Ziel verfolgt, den Umgang mit Krankheit und ihre Bewältigung zu lernen.

Angesichts der zumeist nach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau zu differenzierenden Gewichtung von Wissensvermittlung ist Gesundheitswissen zwar eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Bedingung zur Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen und zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. „Die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention liefern Programme, die einen übergreifenden Ansatz verfolgen: allgemeine Persönlichkeitsförderung in sozialer, kognitiver und emotionaler Hinsicht, Berücksichtigung des Lebenskontextes von Jugendlichen; integrative Maßnahmen im Hinblick auf Wissen, Einstellungen und Verhalten mit handlungsorientiertem Schwerpunkt; Peers als Programmvermittler und regelmäßige „booster sessions““ (Jerusalem & Mittag, 1994, 865).

Neben der Einbeziehung von Krankenpädagogik unterscheidet sich Gesundheitspädagogik von einer als Erfüllungsgehilfen der Medizin titulierten Medicopädagogik, einer „Psychoedukation“ oder gar „Continuiung Medical Education (CME) durch Reflexion von Zielen und Inhalten gesundheitlicher Thematiken. Gegenüber einem Verständnis von Gesundheitspädagogik, welches diese auf eine Didaktik im engeren Sinne als einem Arsenal wirksamer Techniken und Methoden zur Vermittlung medizinischer Inhalte oder eines technokratisch organisierten health care business beschränkt oder die vorrangige Orientierung auf Prävention und Effektivierung in den methodischen

Verfahren richtet, werden Ziele und Aufgaben gesundheitlicher Arbeit zwar im interdisziplinären Dialog, aber keineswegs ohne eigenständige Reflexion diskutiert¹⁹.

Auf dem Weg zur Gesundheitsgesellschaft?

Sicherlich wäre es verkürzt, Gesundheitspädagogik oder die Einführung eines Unterrichtsfaches Gesundheit in der Schule nur deshalb zu fordern, weil Gesundheit ansonsten bald ein unbezahlbares Gut wird. Denn das „Märchen von der Kostenexplosion“ (Braun u.a., 1998, Busse & Riesberg, 2005; Schmidt, 2007, 85) verkennt den Umstand, dass seit Jahren konstante sechs Prozent des Bruttosozialproduktes (BSP) für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgegeben werden und lediglich durch sinkende Lohnquoten und politische Kostenverlagerungen (Verschiebebahnhöfe) zu Lasten der GKV die Finanzierungsbasis zu gesteigerten Kosten der Sozialversicherung geführt hat. Abgesehen vom nicht zu unterschätzenden demographischen Wandel, d.h. einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft, sind jedoch mit den Fortschritten der Medizin auch neue Begehrlichkeiten geweckt worden, über deren Sinnhaftigkeit trefflich gestritten werden könnte. Wenn etwa bislang künstliche Befruchtungen (In-Vitro-Fertilisation [IVF] als „assistierte Fortpflanzung“) auf Kosten der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten bezahlt wurden (§ 27 a SGB V)²⁰, bleibt zu fragen, ob eine solcherart definierte Kinderlosigkeit nicht ein schlagendes Beispiel ist für eine ansonsten gerne beklagte „Übersversorgung mit unnötigen Leistungen“ (Schmidt, 2007, 86 f.), sondern für das von dem Erziehungswissenschaftler Dieter Lenzen mit dem Buchtitel „Krankheit als Erfindung“ (1991) charakterisierte Phänomen oder die von dem Spiegel-Reporter Jörg Blech aufgewiesene Strategie der „Krankheitserfinder“ (2003) darstellt²¹.

Der Wirbel um umstrittene, mit großem Werbeaufwand betriebene Medikamente wie Lipidsenker (Lipobay)²², Rheumamittel²³, die Fragwürdigkeit von

19 Zu einigen kontrovers diskutierbaren Beispielen vgl. Hörmann 1999.

20 Nach dem ab 2004 in Kraft tretenden „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ ist zwar nicht die gänzliche Streichung, sondern eine eingeschränkte Kostenübernahme beschlossen worden. Von Seiten einiger Bundesländer gibt es allerdings Bestrebungen, die seit 2004 geltenden Regelungen, welche zu einem Rückgang der künstlichen Befruchtungen um bis zu 50 Prozent geführt haben und die Kassen um rund 100 Millionen Euro im Jahr entlasten, wieder rückgängig zu machen (Dt. Ärztebl 2008, 105, H. 30, C1330).

21 Zur Erfindung von Krankheiten auch Hörmann, 2004, ferner Trojan, 2007.

22 „Lehren aus dem Fall Cerivastatin (Lipobay)“. In: arzneitelegamm (a-t) 2001; 32, 88 f.

23 Hier seien exemplarisch die Cox-2-Hemmer erwähnt, vgl. a-t 2000; 31: 107 und 2001; 32: 35 f.

flächendeckenden Mammographie-Screenings²⁴, Hormonersatztherapien (HET)²⁵, Kontrazeptiva ohne zusätzlichen Nutzen²⁶, überflüssige Operationen (z.B. Uterusexstirpationen) oder apparative Untersuchungen²⁷ weisen nicht nur auf den unbefriedigenden Zustand hin, dass die ärztliche Fortbildung von der Pharma- und Medizintechnikindustrie gesponsort wird²⁸ und zur Umsatzsteigerung und Karriereförderung selbst Datenmanipulationen und Fälschungen²⁹ betrieben werden³⁰. Hier ist nicht nur der „mündige Patient“ (Reibnitz, 2001) gefordert, sondern auch der gebildete Konsument, der nicht nur auf dem Weg „vom fremdbestimmten Sollen zum selbstdisziplinierten Wollen“ eigenverantwortlich „gesundheitsorientierte Selbstoptimierung“

24 Mühlhauser kommt nach einer breiten Kontroverse im Deutschen Ärzteblatt (DÄ) Heft 43 und 45/2000 im DÄ 98 (2001), 3 C-75 zu dem ernüchternden Fazit: „Die zurzeit angebotenen Informationen zum Mammographie-Screening erlauben keine informierte Entscheidung: Sie sind irreführend, beliebig, fragmentarisch, unverständlich und interessenabhängig“, vgl. auch die kritische Stimme der beiden dänischen Epidemiologen Olsen und Goetzsche in ihrem „Systematic review of screening for breast cancer with mammography“ im Internet: <http://image.thelancet.com/lancet/extra/fullreport.pdf>, ferner Höldke 2002.

25 Zur kritischen Bilanz mit Warnungen vor vorschnellen Anpreisungen kardioprotektiver Wirkungen z.B. die kritischen Übersichten DÄ 97 (2000), 33: C-1629f., *Circulation* 2001; 104, 499, wonach Kardiologen angesichts euphorischer Berichte von Ärzteverbänden und Fachgesellschaften im DÄ 2000, 39, A-2512 ff. zunehmend reservierter und vorsichtiger werden. So bleiben Sexualhormone nach den Wechseljahren zur Sekundärprophylaxe von koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall entgegen vollmundigen Werbeanpreisungen nicht nur ohne Nutzen, sondern es mehren sich die Hinweise, dass sie eher zu einer Zunahme von verschiedenen Risiken führen (vgl. a-t 2001; 32: 83 f.), ferner Richter-Kuhlmann 2005.

26 „Die „Marktrücknahme“ der „Pillen“ der dritten Generation ist seit Jahren überfällig“ (a-t 2001; 32: 84 f.) wegen der Erhöhung tiefer Venenthrombosen.

27 Vgl. die exorbitanten Steigerungen bildgebender Verfahren (Gesundheitsbericht 1998, 423 ff.)

28 siehe „Zertifizierte Fortbildung: Werbepattform statt Lehrangebot“. In: *arzneitelegramm* 8/2008, 81 f. oder den Bericht „Ärger für die Ärztekammern: Standesorganisation soll ‚als Fortbildung getarnte Werbung‘ der Pharmaindustrie erlaubt haben“: In *Südd. Zeitung* Nr. 153, vom 03.07.2008, S. 17

29 „Datenmanipulationen zu Gunsten der Cox-2-Hemmer in Vigor und Class“. In: a-t 2001; 32: 87 f.

30 Hier wäre nicht nur an Beispiele wie die „unrühmliche Kooperation zwischen deutscher Arbeitsmedizin und der Tabakindustrie“ (Helmert & Hien 2008) zu erinnern, sondern an gefälschte Studien, die etwa am Beispiel der medizinischen Universität Innsbruck zu folgendem grotesken Geschehen geführt haben, wie es im *Spiegel* 35/2008, S. 150 abschließend geschildert wird: „Allderdings ist es nie ganz ungefährlich, sich mit akademischen Seilschaften anzulegen. Das zeigt ein Spektakel, das gerade die Medizinische Universität Innsbruck erschüttert. Ein Urologe soll dort Hunderte Patienten einer riskanten Stammzellbehandlung unterzogen haben, ohne sie ausreichend aufzuklären. Rektor Clemens Sorg drohte eine rückhaltlose Untersuchung an. Doch am vergangenen Donnerstag setzt der mächtige Universitätsrat ausgerechnet ihn, den Rektor, ab“. Zu weiteren unerlaubten Studien an Kindern, illegalen Stammzell-Versuchen sowie Datenfälschungen und die „Österreichische Lösung“ (*Südd. Zeitung* Nr. 205 vom 03.09.2008, S. 18)

(Schmidt, 2007, 96 ff.) betreibt, sondern Pathologisierung von Lebenslagen³¹ oder verbreiteter Probleme, Kommerzialisierung des Medizin-Betriebs, Individualisierung von Risiken bei gleichzeitiger Privatisierung von Kosten als Strategien der Medikalisierung von Gesundheit begreift (Trojan, 2007) und den Doppelcharakter der propagierten Selbstbestimmung erkennt, die sich bewegt „zwischen der selbst gewählten Lebensführungsfreiheit und dem fremdbestimmten Sich-Selbst-Überlassen-Sein“ (Schmidt & Kolip, 2007, 18).

Sicherlich ist es paradox, dass gerade angesichts der Zunahme psychosozialen Beratungs- und Bildungsbedarfs die ohnehin minimalen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsbildung in den letzten Jahren kaum gestiegen sind. § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe)³² ist nicht nur der berühmte Tropfen auf den heißen Stein, noch beklagenswerter ist der Umstand, dass neben dem nach wie vor seit Jahren ausstehenden Präventionsgesetz die zahlreichen Präventionsangebote zu wenig bekannt und nicht ausreichend vernetzt sind, dass nach wie vor schichtspezifische Zugangsbarrieren bestehen und das Spektrum der Präventionsangebote nicht nur etwas geschlechtersensitiv unterschiedlich, sondern auch unzureichend genutzt wird (Gesundheit 2006, 123 ff.), was wiederum auf eine verkürzte, selektive Präventionspolitik zurückzuführen sein mag (Rosenbrock et al., 1994). Ungeachtet des nach wie vor virulenten Hygienediskurses, wie er neuerdings im Sport („Sauberer Sport“) oder Sex („Sicherer, Safer Sex“) fröhliche Urständ feiert, oder des Doppelcharakters bzw. problematischen Erbes eines im Nationalsozialismus zur Hochblüte gelangten Präventionsdenkens (Kaupen-Haas & Rothmaler, 1995) bleibt freilich zu fragen, ob manche medizinischen Präventionsangebote wirklich den Kriterien der Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. So gilt zwar für die ab 1. Juli 2008 eingeführte „Hautkrebsprävention Deutschland weltweit als Vorreiter“. Obwohl es Beweise für den Nutzen des Screenings nicht einmal aus Neuseeland und Australien gibt, wo Hautkrebs weltweit am häufigsten vorkommt und zum derzeitigen Zeitpunkt ein wissenschaftlicher Beweis dafür fehlt, dass Screening weniger Menschen an Hautkrebs erkranken oder sterben lässt, bezahlen die Krankenkassen die Untersuchungen auf Hautkrebs (Bartens, 2008). Andererseits ist unstrittig: „Besser noch als Früherkennung ist jedoch die Prävention“ (Blaeser-Kiel, 2008, 1210), zumal der ursächliche Zusammenhang

31 Im Gefolge der Pathologisierung des Geburtsvorgangs warnt etwa die Präsidentin des Deutschen Hebammenverbands anlässlich einer hohen Kaiserschnitttrate: „Wenn wir heute nicht aktiv werden, wird es in wenigen Jahren kaum noch natürliche Geburten geben“ (Dt. Ärztebl. 2008, 105 (34–35, C1486).

32 GKV-Gesundheitsreform 2000 und SGB-V unter www.bmgesundheit.de (Rechtsvorschriften); zur verschlungenen Entwicklung des § 20 SGB V vgl. Schmidt & Kolip, 2007, 11)

zwischen unverhältnismäßiger bzw. exzessiver Sonnenexposition und dem Anstieg der Hautkrebsinzidenz hinreichend bekannt ist³³. Statt also vermehrte pädagogische Bemühungen um einen gesunden Lebensstil oder reflektierten Umgang mit dem Körper (Hörmann, 2004b)³⁴ zu fördern, wird allenfalls mit beträchtlichem Aufwand eine „Medikalisierung der Prävention“³⁵ (Trojan, 2007) trotz bislang wenig aussagefähiger Daten praktiziert, wobei immerhin begleitend auch eine bescheidene Initiative zur restriktiven Verhältnisprävention geplant ist³⁶.

Es ist daher unausweichlich, nicht nur die Wirkungen von Gesundheitsbildung, also das Wie, Warum, Wodurch einer empirischen Überprüfung auszusetzen, sondern auch die gesellschaftliche Funktion des Gesundheitsmotivs und gesellschaftlicher bzw. wissenschaftsdisziplinärer Interessengruppen unter Einbezug des medizinischen Systems in vergleichender Perspektive zu reflektieren. Trotz der Bedeutsamkeit von „Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings“ (Bals et al., 2008) ist letztlich bei nüchterner Würdigung und Gewichtung bedeutsamer Erziehungsziele (als höchster unhinterfragter Güter) vor einem mit präventivem „Healthismus“ (Kühn, 1993) grassierenden „Gesundheits-“ oder „Körperkult“ zu warnen (Dörner, 2002), in dessen Gefolge „Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung“ (Schmidt, 2007) verkommt und eine zwar gutgemeinte, der pädagogischen Selbstkritik jedoch entbehrende, quasi-normative Propaganda einer universellen Pflicht zu Gesundheit als einem „Gesundheitsimperativ“, der zunehmend mit einem Glücksdispositiv verschmilzt (Mazumdar, 2008), lediglich einem törichten

33 Dass Präventionsprogramme indes zu kurz greifen, wenn sie lediglich am individuellen Verhalten ansetzen, mag am Beispiel Haut „Piercing“ (Siegmond-Schultze, 2008; Hörmann, 2004b) zeigen, wo zielgruppen- und lebensstilorientierte Strategien vonnöten sind.

34 Zum Piercing als „Körperschmuck mit Risiken“ weiterhin Siegmond-Schultze 2008.

35 Angesichts des Versagens von Präventionsprogrammen oder des ohnehin geringen medizinischen Vertrauens in eine pädagogische Prävention wird beispielsweise auf der Weltaidskonferenz 2008 pragmatisch eine „antivirale Therapie als Präventionsmaßnahme“ und „medikamentöse Präexpositionsprophylaxe“ propagiert (Dt. Ärztbl 2008, 105 (34-35), C1501 f.

36 So ist zum Schutz von Jugendlichen eine Gesetzesinitiative des Bundesumweltministeriums angelaufen, die den unter 18-Jährigen den Besuch von Solarien ganz verbieten soll – wie es beispielsweise bereits in Frankreich und Spanien gilt (Blaser-Kiel, 2008, 1210). Außerdem sollen neue Geräte in Umsetzung eines EU-Mandats eine maximale Bestrahlungsstärke von 0,3 W/m² nicht überschreiten dürfen. Dass freilich nicht nur das Verhalten als Vorwand für die von Bauch (2004) als „Moral- und Entrüstungsbedürfnisse bezeichneten Distinguierungs- und Disziplinierungsmethoden“ dienen kann, sondern auch die Verhältnissteuerung, wird an den verhältnispräventiven Maßnahmen des seit Juli 2008 geltenden (Nicht)Raucherschutzes deutlich, wonach etwa die ausgewählte Verhaltensweise des Rauchens in die Nähe mörderischer Rücksichtslosigkeit rückt.

„Gesundheitsfanatismus“³⁷ (vgl. Hörmann, 1989) oder „Gesundheitswahn“ (Lütz, 2002) Vorschub leistet.

Wenn daher angesichts modischer Life-Style-Medizin, überzogener Heilungsversprechen und der vielfältigen Gefahren einer Verwechslung einer säkularen Heilkunde mit einer quasi religiösen Heilskunde – wie es in einem Lexikonartikel über Bildung heißt –, „humanistisch gesprochen Bildung die Befreiung des Menschen zu sich selber, zu Urteil und Kritik ist“ (Blankertz 1974, 68), bleibt der solcherart Gebildete nicht schlecht beraten, wenn er folglich von dieser Möglichkeit auch in Gesundheitsfragen freimütig Gebrauch macht.

Literatur:

- Altgeld, Th. & Kolip, P. (2007). Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderung der Ottawa-Charta: In Schmidt & Kolip, (S. 33-44).
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.
- Bals, Th., Hanses, A., Melzer, W. (Hrsg.). (2008). *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings*. Weinheim.
- Blankertz, H. (1974). Bildung – Bildungstheorie. In Ch. Wulf. (Hrsg.). *Wörterbuch der Erziehung* (S. 65-69). München.
- Barkholz, U. & Homfeldt, H.G. (Hrsg.). (1994). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*. Weinheim.
- Bartens, W. (2008). Pigmentflecken unter Aufsicht – Neuerdings bezahlen die Krankenkassen Untersuchungen auf Hautkrebs – der Nutzen liegt nahe, ist aber umstritten. In *SZ Nr. 152* vom 02-07.2008, S. 18.
- Bauch, J. (2004). *Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion*. Konstanz
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden.
- Bäumel, J. u.a. (2008). Psychoedukation bei Schizophrenie. Krankheitswissen vermitteln – Kompetenzen stärken. *NeuroTransmitter*, 19, 7-8, 48-52.
- Benner, D. (2001). *Allgemeine Pädagogik. Eine systematisch-problemgeschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns*. Weinheim.
- Blaeser-Kiel, G. (2008). Hautkrebsprävention: Deutschland weltweit als Vorreiter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 1210.
- Blech, J. (2003). *Die Krankheitserfinder*. Frankfurt.

37 Kritisch zur Salutogenese vgl. Hörmann, 2007. Vor dem Trend, dass der öffentliche Gesundheitssektor zunehmend zurückgefahren wird zugunsten der Propagierung von „Eigenverantwortung“, mit welcher das mittels „empowerment“ bemächtigte Individuum seine umfangreichen Kompetenzen zur Gestaltung der Welt und seines Selbst einsetzt, warnt Bauch (2004, 158) „Abzusehen ist, dass die materialen, geldwerten, staatlichen und parastaatlichen Gesundheitsleistungen eingeschränkt werden und gleichzeitig die staatlich induzierten gesundheitsrelevanten Gesundheitszumutungen im Sinne einer ‚Saluto-Correctness‘ wachsen“.

-
- Böhle, F. (2003). Der Lehrer als Prototyp moderner Arbeit. *Bayerische Schule*, 56, 8-11.
- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.). (2000). *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Neuwied.
- Busse, R. & Riesberg, A. (2005). *Gesundheitswesen im Wandel – Deutschland*. Berlin.
- BZgA (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung). (1998). *Was erhält Menschen Gesund?* Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung). (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim, 4. Aufl.
- Braun, B., Kühn, H., Reiners, H. (1998). *Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*. Frankfurt.
- Chott, P.O. (1998): Die Entwicklung des MATHETIK-Begriffs und seine Bedeutung für den Unterricht der (Grund)Schule. *PÄDForum*, 4, 390-396.
- Dörner, K.(2002). In der Fortschrittsfalle. Leiden an der Gesundheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A 2462-2466.
- Dworschak, M. (2008). Die Favoritin des Professors. In *Spiegel* 35/2008, 148-150.
- Faltermaier, T.(2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart.
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.). (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz.
- Gassmann, B. (2001). Inhaltsstoffe unserer Lebensmittel. *Medizinische Welt*, 3, 287-284
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt/M..
- Haug, Ch. V. (1991). *Gesundheitsbildung im Wandel*. Bad Heilbrunn.
- Helmert, U. & Hien, W. (2008). „Vom Teufel bezahlt“ – Die unrühmliche Kooperation zwischen deutscher Arbeitsmedizin und Tabakindustrie. *Mabuse*, 174, 51-54
- Henner, Günter (1998): *Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik*. Würzburg.
- Hensen, G. & Hensen, P. (Hrsg.). (2008). *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden.
- Hornung, W.P. (1998). *Psychoedukation und Psychopharmakatherapie*. Stuttgart.
- Höldke, B. (2002). Mammographie-Screening in Deutschland – wissenschaftliche Beweislage und gesundheitspolitische Strategien. *Jahrbuch kritische Medizin*, 36, 32-53.
- Hörmann, G. (1986). Perspektiven der Gesundheitserziehung. *Päd. Rundschau*, 40, 465-486.
- Hörmann, G. (1989). Gesundheit und Körper: Kultur oder Kult? *Widersprüche*, 30, 7-16.
- Hörmann, G. (1991). Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von BerufsschullehrerInnen. In U. Bröbkamp, & E. Göpel (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in und mit Schulen*. (S. 26-34). Bielefeld.
- Hörmann, G. (1999). Berufsfachschulen des Gesundheitswesens zwischen universitärem Anspruch und berufspraktischer Realität. In *ISB (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung), GESU Arbeitsbericht Nr. 309: Didaktisch-methodische Optimierung der Erstausbildung in den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens* (S. 9-20). München.
- Hörmann, G. (1999). Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von Berufsschullehrern und Berufsschullehrerinnen. *ISB*, 92-95.

- Hörmann, G. (1999). Gesundheitserziehung. *ZfE*, 2, 5-30.
- Hörmann, G. (2001). Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von Berufsschullehrer/innen. In *Reibnitz u.a.*, 145-156
- Hörmann, G. (2002). Die Krise des Gesundheitssystems: eine verkannte Bildungskrise. *bildung !*, 1, 24-30.
- Hörmann, G. (2003). Gesundheit im Kontext von Erziehung und Bildung – „Ein zukunftsorientiertes Reformmodell der Lehrerbildung“ für das Lehramt an beruflichen Schulen. *Pflegemagazin*, 4, 24-37.
- Hörmann, G. (2004a). Pillen für den Störenfried. In Bündnis für Familie (Hrsg.). *Pillen und Pädagogik* (S. 19,30). Nürnberg.
- Hörmann, G. (2004b). Der Körper in der Schule. *PF.*, 3, 141 – 144.
- Hörmann, G. (2007). Salutogenese: In K. Landau (Hrsg.). *Lexikon Arbeitsgestaltung* (1101 f). Stuttgart.
- Homfeldt, H. G. (Hrsg.). (1991). *Erziehung und Gesundheit*. Weinheim.
- Homfeldt, H.G. (Hrsg.). (1994). *Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung*. Baltmannsweiler.
- Homfeldt, H.G. (Hrsg.). (1999). „*Sozialer Brennpunkt*“ Körper. *Körpertheoretische und praktische Grundlagen für die Soziale Arbeit*. Baltmannsweiler
- Homfeldt, H.G. et al. (Hrsg.). (2002). *Studienbuch Gesundheit*. Neuwied.
- Homfeldt, H.G. & Sting, St. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. München.
- Hornung, W.P. (1998). *Psychoedukation und Psychopharmakotherapie*. Stuttgart.
- Hüfner, G., (2003). Die Belastungsprofile einzelner Lehrergruppen. *Bayerische Schule*, 56, 10, 12-15.
- Hünersdorf, B. (1997). Theorien der Gesundheit auf dem Prüfstand der Sozialen Arbeit. In H.-G. Homfeldt, B. Hünersdorf (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. Neuwied, S. 43-67.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U. (2003), WHO-Jugendgesundheits-survey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. *Erziehungswissenschaft*, 14, 27, 79-108.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U. (2004). *Jugendgesundheits-survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim.
- Jerusalem, M. & Mittag, W. (1994). Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. *ZfPäd*, 40, 851-869.
- Kaupa-Haas, H. & Rothmal, C. (Hrsg.). (1995). *Doppelcharakter der Prävention*. Frankfurt.
- Keck, E. (2001). Osteoporoseprävention durch Ernährung und Bewegung. *Die med. Welt*, 52, 296-300.
- Kern, S., Reichmann, H., Ziemssen, T. (2008), Therapieadhärenz in der neurologischen Praxis. *Nervenarzt*, 79, 877-890.
- Kohlmeier, L. u.a. (1993). *Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten*. Baden-Baden.
- Kolip, P. (2001). Gesundheitsförderung und Prävention. In H. Keupp & K. Weber (Hrsg.), *Psychologie* (S. 523-531). Reinbek,.

-
- Kolip, P., Hurrelmann, K., Schnabel, P.E (Hrsg.). (1995). *Jugend und Gesundheit*. Weinheim.
- Kühn, H. (1993). *Haethismus*. Berlin
- Küpper, C. (2001). Krebsprävention und Ernährung. *Die med. Welt*, 52, 267-271.
- Lampert, Th. & Kurth, B.M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Dt. Ärzteblatt*, 104, A2944-2949.
- Lampert, T. et al. (2007). Gesundheitsziele für Kinder- und Jugendliche – Welchen Beitrag leistet der Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts: In M. Jungbauer-Gans & H. Hackauf. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 29-55). Wiesbaden.
- Lenzen, D. (1991). *Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur*. Frankfurt am Main.
- Lütz, M. (2002). *LebensLust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult*. München
- Mazumdar, P. (2008). Der Gesundheitsimperativ. In *Hensen & Hensen*, 349 – 360.
- McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln.
- Lenzen, D. (1991). *Krankheit als Erfindung*. Frankfurt.
- Oberender, P. (1987). Ökonomie der Gesundheitserziehung - grundsätzliche Bemerkungen zur Gesundheitserziehung. *Öff. Gesundh. Wes.* 49, 517-521.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Rehabilitation: Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin*. Göttingen.
- Prange, K. (2000). *Plädoyer für Erziehung*. Hohengehren.
- Reibnitz, Ch.,v., Schnabel, P.E., Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2001). *Der mündige Patient*. Weinheim.
- Richter-Kuhlmann, E.A. (2005). Hormontherapie: „Resistent“ gegenüber Neubewertung. *Dt. Ärztbl*, 102, A 1989.
- Rosenbrock, R., Kühn, H./ Köhler, M. (Hrsg.). (1994). *Präventionspolitik*. Berlin.
- Schaarschmidt, U. (2002). Die Belastung von Lehrerinnen und Lehrern. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. *Pädagogik*, 7/8, 8-13.
- Schipperges, H. u.a. (1988). *Die Regelkreise der Lebensführung. Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis*. Köln.
- Schmidt, B. (2007). Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In Schmidt & Kolip, 2007, 83-94.
- Schmidt, B. & Kolip, P. (Hrsg.). (2007). *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim.
- Schmacke, N. (2007). Evaluation von Gesundheitsförderung – Mission Impossible?. In Schmidt & Kolip, 2007, 57-67.
- Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (Hrsg.). (2008). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden.
- Schüffel, W. u.a. (Hrsg.). (1998). *Handbuch der Salutogenese*. Wiesbaden.
- Siegmund-Schultze, N. (2008). Piercing. Unter die Haut: Körperschmuck mit Risiken. *Dt. Ärztebl* 105, 28-29, C1297-1299.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland Wiesbaden.
- Sting, St., Zurhorst, G. (Hrsg.). (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Weinheim.
- Trojan, A. (2007). Medikalisierung der Prävention. In Schmidt & Kolip 2007, 117-128.
- Weber, A. (2002). Lehrer*innen-Gesundheit – Herausforderung für ein interdisziplinäres Präventionskonzept. *Gesundheitswesen* 64, 120 – 124.
- Weber, A. & Hörmann, G. (Hrsg.). (2007). *Psychosoziale Gesundheit im Beruf*. Stuttgart.
- Weber, A., Weltle, D., Lederer, P. (2001). „Macht Schule Krank?“ Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Lehrkräften. *Bayerische Schule*, 54, 214 f.
- World Cancer Research Fund (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC.
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik*. Weinheim.
- Zwack, E. (2004). *Gesundheitspädagogik*. Münster.

„... schon eine Klasse für sich!? ...“

Positionsbestimmung und erste Erfahrungen zum neuen Bachelor-Studiengang Gesundheitspädagogik

Arbeitsgruppe Gesundheitspädagogik
Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider
Ulrike Spörhase, Rainer Wohlfarth

Im Rahmen des europaweiten Bologna-Prozesses hat die Pädagogische Hochschule Freiburg das seit 20 Jahren angebotene Wahlpflichtfach „Gesundheitspädagogik“ aus dem Diplom-Studiengang „Erziehungswissenschaft“ zu einem eigenständigen Bachelor-/Master-Studienprogramm Gesundheitspädagogik umgewandelt. Die Einführung des Bachelor-Studienganges fand zum Wintersemester 2007/2008 statt. Inzwischen liegen also Erfahrungen aus fast vier Semestern des Arbeitens in diesem Bereich vor. Dabei wurden auch Veränderungen erlebbar, die der Bologna-Prozess für die Lehr- und Arbeitssituation der Lehrenden mit sich bringt.

Gesundheitspädagogik an der PH Freiburg – Eine Positionsbestimmung

Der Gegenstandsbereich der Gesundheitspädagogik ist derzeit noch nicht eindeutig definiert. Er bewegt sich zwischen den Polen einer Gesundheitspädagogik als theoretischem Sammelbegriff gesundheitsbezogener Maßnahmen (Wulfhorst, 2002) und einer Gesundheitspädagogik als erziehungswissenschaftliche Teildisziplin (Zwick, 2004). Auch ist die Einordnung bzw. Abgrenzung des Gegenstandsbereichs der Gesundheitspädagogik gegenüber anderen Leitbegriffen wie zum Beispiel Gesundheitsförderung unklar. Neben der wenig klaren Einordnung des Gegenstandsbereiches der Gesundheitspädagogik besteht auch wenig Konsens über die Bedeutung der beiden Termini, aus dem sich der Begriff „Gesundheitspädagogik“ zusammensetzt. Für beide Termini gilt: Einen einheitlichen, systematischen Begriff festzulegen, gestaltet sich oft schwieriger als es zunächst erscheint.

Gesundheit

Der Begriff Gesundheit ist weder in der medizinischen noch der sozialwissenschaftlichen Literatur eindeutig definiert. So sagt Heinrich Schipperges (1999) schlicht: *„Gesundheit ist heute so modisch geworden, ist hochaktuell, ist einfach ,in‘. (...) Und doch weiß keiner so recht, was denn wohl unter*

Gesund-Sein und Krank-Werden verstanden werden soll" (Schipperges, 1999, S. 194). Unter Gesundheit verstehen wir im Rahmen des Studiengangs „Gesundheitspädagogik“ ein Konstrukt, das nur mittels unterschiedlicher Dimensionen beschrieben werden kann (Schumacher & Brähler, 2004):

Eine erste Dimension umfasst Gesundheit als Beschreibung des objektiven Zustandes und des subjektives Befindens (Schumacher & Brähler, 2004). Der objektive Zustand wird durch derzeit geltende medizinische und gesellschaftliche Standards definiert. Das subjektive Befinden wird dabei durch die unterschiedlichen Vorstellungen von dem, was Gesundheit ist und sein kann, geprägt. Zudem kann das subjektive Befinden vom objektiven Zustand abgekoppelt sein. So kann ich objektiv „krank“ sein, mich jedoch subjektiv „gesund“ fühlen. Gesundheit ist also ein Wertbegriff, der eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen und normativen Urteilen verbunden ist (Erhart, Wille, Ravens-Sieberger, 2006).

Eine zweite Dimension beschreibt Gesundheit nicht nur unter körperlichen sondern auch unter psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Aspekten (Hurrelmann, 1990). Eine Einschränkung der Definition auf körperliche Aspekte würde aus unserer Sicht dem Begriff „Gesundheit“ nicht gerecht werden. Zumal Gesundheit nicht nur durch die Abwesenheit von Funktionseinschränkungen und Erkrankungen gekennzeichnet ist, sondern ebenso durch das Vorhandensein von individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen (Hurrelmann, 2006).

Eine dritte Dimension beinhaltet den Prozesscharakter von Gesundheit, im Sinne des persönlichen (Lebens-) Gleichgewichts, das ein sinnvolles, auf die Entfaltung persönlicher Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen ermöglicht (Hartmann, 1993).

Eine vierte Dimension beschreibt das Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Menschen sind nicht krank oder gesund, sondern jeder Mensch befindet sich an einem bestimmten Punkt in einem Bezugssystem von Gesund bis Krank (Schnabel, 2006).

Diese mehrdimensionale Beschreibung des Begriffs Gesundheit liegt auch der Entwicklung des Studiengangs Gesundheitspädagogik zugrunde.

Pädagogik

Die Bestimmung des Terminus „Pädagogik“ ist von zentraler Bedeutung für eine Definition der Gesundheitspädagogik. Er stellt den formalen Rahmen verbunden mit einer wissenschaftlichen Tradition und sich daraus ablei-

tenden Theorien und Methoden für die Beschäftigung mit dem Phänomen Gesundheit dar (Wulforth, 2002 S. 24). Pädagogik wird von uns im Bezugssystem der Gesundheitspädagogik als Wissenschaft von der Bildung, der Erziehung und vom Lernen des Menschen verstanden. Mit Schmiel und Sommer (1992, S. 12) könnte unser Verständnis von (Gesundheits-) Pädagogik beschrieben werden als ein Hinzulernen und einem vermehrten Selbst- und Weltverstehen sowie einer nachhaltigen Erweiterung der Verhaltensdispositionen. Sie schafft damit die Voraussetzungen für das richtige Handeln-Können im Wirkungsfeld des Einzelnen und bildet die Grundlage für eine individuelle Selbstgestaltung.

Damit wird deutlich, dass Pädagogik hier nicht auf einzelne Aspekte und Ausschnitte einer Person zielt, sondern die Person insgesamt zu ihrem Interventionsobjekt macht. Es sollen nicht nur einzelne Fertigkeiten und Fähigkeiten vermittelt werden, sondern es geht um die Veränderung der Persönlichkeit insgesamt, um Effekte im Gesundheitsverhalten zu erzielen. Die Verbindung von Gesundheit und Lebensstil wie Lebenssinn verweist auf die zentrale pädagogische Aufgabe der Ausstattung zur Bewältigung von Lebenssituationen. Sie basiert sowohl auf den Fähigkeiten zur Erfüllung sozio-kultureller Anforderungen als auch auf den individuellen Handlungspotentialen einer eigenständigen Persönlichkeit. In der traditionellen Unterscheidung von Erziehung und Bildung sind diese Aufgaben angesprochen (Beckers, 1991). Dabei sind entwicklungsrelevante und milieuspezifische Voraussetzungen miteinzubeziehen. Der pädagogische Ansatz ist daher aus unserer Sicht immer mit einer biographischen und sozialisationsabhängigen Perspektive verbunden, die nicht nur retrospektiv nach den Bedingungen und Verläufen des Heranwachsens fragt, sondern individuelle, zukunftsbezogene Entwicklungsziele zulässt (Hensen, 2008). Gesundheitspädagogik unterstützt in diesem Sinne den Prozess der individuellen Sinnfindung, aus dem eigenverantwortliches, situationsangepasstes Verhalten entsteht (Beckers, 1991).

Gesundheit und Pädagogik

Im pädagogischen Bereich kommt Gesundheit im Kontext folgender Begriffe vor (Raithel, Dollinger, Hörmann, 2007):

Gesundheitsaufklärung/Gesundheitsinformation/Gesundheitsschulung: Bereitstellung von Informationen zum Erwerb handlungsrelevanten Wissens (spezifisch oder unspezifisch) (Sänger, Lang, Klemperer et al., 2006, Ströbl, Friedl-Huber, Küffner, et al., 2007, Pimmer, Buschmann-Steinhage, 2007).

Gesundheitserziehung: Anspruch, auf der Basis konkret vermittelten Wis-

sens zur Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren und diese in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren (Hörmann, 1999, BZgA, 2000).

Gesundheitsbildung: Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines „kultivierten Lebensstils“ (gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung) (Siebert, 1990, Haug, 1991, Hörmann, 1998).

Gesundheitsberatung: Professionelle Interaktion zwischen Berater und Ratsuchendem mit dem Ziel der Vermittlung handlungsrelevanten Wissens und der Motivierung zur Einstellungs- und Verhaltensänderung (Bringmann-Goebel, 2001, Faltermeier, 2004, Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006, Domsch & Lohaus, 2009).

Gesundheitsförderung: Vermittlungsstrategie zwischen Mensch und Umwelt zur Synthesefindung zwischen persönlicher Entscheidung und sozialer Verantwortlichkeit mit dem Ziel der aktiven Gestaltung einer gesünderen Zukunft (BZgA, 2003, Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2004, Laaser & Hurrelmann, 2006).

In der Gesundheitspädagogik, wie sie an der PH Freiburg verstanden wird, rückt neben der die Interaktion betonende „Gesundheitsberatung“ die „Gesundheitsbildung“ (Haug, 1991), welche die nachhaltige Entwicklung einer gesundheitsorientierten Lebensweise („Salutogenese“, vgl. Antonovsky, 1997) betont, in den Vordergrund. Dazu geht die Gesundheitspädagogik von einer positiven Bestimmung von Gesundheit aus und betont die Bedeutung protektiver Faktoren, wie sie in der Resilienz- und Invulnerabilitätsforschung herausgearbeitet wurden (Bengel, 2001). Hierzu gehören gesundheitliche Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung und personale Widerstandsfähigkeit. Zusätzlich darf nicht vergessen werden, dass eine Gesundheitspädagogik immer an die Lebenswelt und an gesellschaftliche Entwicklungsprozesse gebunden ist. Sie ist in hohem Maße sozialpolitisch motiviert und sozialstaatlich funktional und damit ist ihre Aufgabenbestimmung nicht zu trennen von dem Zusammenhang zwischen Armut, Herkunft, Bildung und Sozialstruktur (Richter & Hurrelmann, 2006).

Es wäre aus unserer Sicht zu kurz gegriffen, eine grundsätzliche Abgrenzung gegen eine eher medizinisch orientierte primäre und tertiäre Prävention vorzunehmen. Diese umfasst die Vorbeugung von Gesundheitsschäden und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Verschlimmerungen einer Krankheit. Denn durch die Zunahme chronischer Krankheiten geraten weitere pädagogische Handlungsfelder in das Blickfeld, wie z.B. Patientenschulung bei Stoffwechselkrankheiten wie zum Beispiel Diabetes, Herz-Kreislauf-Er-

krankungen, Atemwegserkrankungen, Magen-Darmkrankheiten. Insbesondere die Verhaltensmedizin hat sich der Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten angenommen (vgl. Petermann, 1997). Patientenschulung und -training („Patientenedukation“, „Psychoedukation“) verfolgen dabei primär das Ziel, den Umgang mit Krankheit und ihre Bewältigung zu lernen. Hierbei können Gesundheitspädagogen wesentliche Teilaufgaben übernehmen.

Ein weiterer Aspekt im Bereich „Gesundheit“, „Pädagogik“ und „Medizin“ soll hier kurz angesprochen werden. Im medizinischen Feld („Medicopädagogik“) tritt die Vermittlung von Gesundheitswissen, -können und -handeln heute häufig noch als *Gesundheitserziehung* in Erscheinung. Der dort verwendete Erziehungsbegriff setzt ein „Reifegefälle“, ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Arzt / Therapeuten und Patienten, voraus. Erziehung ist in diesem Kontext die Fremdsteuerung auf ein vorgegebenes Verhaltensziel hin. Die Konfrontation mit einer solchen Zeigefingerpädagogik erzeugt eher kognitive Dissonanzen, als sie zu Verhaltensänderungen führt. In Gegensatz dazu möchte die Gesundheitspädagogik den mündigen, selbstverantwortlichen gesunden Menschen wie kranken Patienten in die Lage versetzen, effektiv zu handeln und sich als gleichwertiger Teil und so weit wie möglich autonomes Mitglied des Gesundheitsteams zu erleben (Hörmann, 2002). Dies betrifft nicht nur das Wissen um die medizinischen Grundlagen, sondern auch die Fragen nach Zielen und Werten hinsichtlich seiner Lebensführung. Nur wenn Wissen und Können sich in Verhalten niederschlägt, zeigt sich auch eine Wirkung der Gesundheitsbildung.

Der Beitrag der Gesundheitspädagogik besteht daher in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation wirksamer Techniken und Methoden zur Vermittlung medizin-affiner und gesundheitsbezogener Inhalte im interdisziplinären Dialog. Die Vermittlung kann in Erweiterung des Pantheoretischen Modells, wie es von Seibt (2003) beschrieben wurde, in fünf verschiedene Interventionsebenen differenziert werden:

Erziehung:	Aufklärung, Informationsvermittlung, Fähigkeits- und Fertigkeitsbildung und -training, Konfrontation, Risikowahrnehmung
Überzeugung:	Kommunikation, motivierende Gesprächsführung, soziale Bestätigung, Verstärkung
Motivation:	Wertvorstellungen, Ambivalenzen, Ziele, Realisierungschancen, Fantasierealisierung, Selbstwirksamkeit, Selbstverpflichtung, Selbstverstärkung

Planen/Handeln	Handlungsplanung, Implementierungsintentionen, persönliche Ressourcen, Barrieren, Rückfall-Prophylaxe, Coping
Ermöglichung:	Zugang und Verfügbarkeit, Barrieren, Rahmenbedingungen, Umfeldressourcen, Förderung sozialer Kompetenzen

Gesundheitspädagogik entwickelt, implementiert und evaluiert also Methoden und Techniken zur gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung. Hieraus ergibt sich auch die begriffliche Abgrenzung zur Gesundheitsförderung. Mit Waller (1995) kann Gesundheitsförderung als Strategie charakterisiert werden, während die Gesundheitspädagogik Methoden in und durch pädagogische Settings zur Verfügung stellt, sich also um spezifische pädagogische Konzeptionen zur Abteufung von Handlungskonzepten und Maßnahmen bemüht (Wulfhorst, 2002, S. 67), die gleichzeitig aber versuchen, biographische und sozialisationsbedingte Elemente für eine umfassende Gesundheitsbildung und Bewusstwerdung zu integrieren (Hensen, 2008, S. 328).

Dabei darf die kritische, eigenständige Reflexion der Ziele, Inhalte und Aufgaben gesundheitlicher Arbeit nicht fehlen. In der Weiterführung dieses schon deutlich den Menschen mit all seinen heterogenen Persönlichkeitsmerkmalen in den Mittelpunkt der Betrachtung rückenden Ansatzes möchte eine moderne Gesundheitspädagogik den gesamten Menschen mit seinen affektiven, sozialen, pragmatischen und kognitiven Persönlichkeitsmerkmalen in die Didaktik der Gesundheitspädagogik mit einbeziehen. Dementsprechend wird Gesundheitspädagogik positiv mit Inhalten gefüllt, d.h. nicht ausschließlich Krankheiten und ihre Verhütung stehen im Mittelpunkt, sondern die Anleitung zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung, welche die physische, psychische und soziale Gesundheit des Menschen zu erhalten vermag (Staeck, 1990).

Hauptziele der Gesundheitspädagogik

Das Hauptziel einer Gesundheitspädagogik ist der Aufbau und die Förderung eines kompetenten Gesundheits-Selbstmanagements in und durch pädagogische Settings. Um dies zu erreichen sind vielfältige Unterziele notwendig, von denen hier nur einige exemplarisch genannt werden:

- Befähigung, sich realistische Gesundheitsziele zu setzen
- Aufbau einer angemessenen Körpersebstwahrnehmung

- Initiierung von systematischen Problemlösekonzepten
- Verbesserte Akzeptanz von Um- und Zuständen, die nicht veränderbar sind
- Förderung von Eigenverantwortlichkeit
- Gesundheitsfördernde Aktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Psyche kennen (*Wissen*), umsetzen (*Können*) und anwenden (*Verhalten*).

Um diese komplexen Aufgaben zu vermitteln, geht die Gesundheitspädagogik von einem vielseitigen „vernetzten“ Lernbegriff aus (Siebert, 1990):

- *Lernen als Selbstwahrnehmung*, d.h. Aufmerksamwerden auf Gefühle und Körpersignale
- *Lernen als funktionalen Wissenserwerb*, z.B. über Symptome und Ursachen von Krankheiten, Möglichkeiten der Erhaltung von Gesundheit
- *Lernen als Korrektur von Deutungsmustern und Wertmaßstäben*, z.B. die Überprüfung unserer materiellen Werte und Auseinandersetzung mit postmateriellen Werten.
- *Lernen als Erwerb von Handlungskompetenz*, z.B. Ernährung, altersgemäße Gymnastik, Entspannung, aber auch Kommunikation und Konfliktlösung im Alltag
- *reflexives Lernen als Identitätsfindung*, z.B. produktive Verarbeitung von krankheitsbedingten Identitätskrisen.

Dieses Lernen kann jedoch immer nur einen begrenzten Beitrag zur Gesunderhaltung des einzelnen Individuums leisten, indem Wissen und Kompetenz vermittelt werden, um die eigene Gesundheit zu fördern und/oder mit einer Krankheit zu leben. Gesundheitspädagogik kann jedoch weder eine medizinische Diagnostik oder Therapie noch eine psychotherapeutische Beratung ersetzen. Die moderne Gesundheitspädagogik erkennt auch die ökonomische, soziale und ökologische Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit. Sie steht in keinem konkurrierenden, sondern in einem komplementären Verhältnis zu anderen medizinischen, therapeutischen und politischen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit.

Entwicklung des Bachelor-Studiengangs Gesundheitspädagogik

Ausgangspunkt der Konzeption des Studiengangs war, dass die Zunahme chronischer Erkrankungen, der demographische Wandel der Gesellschaft und ein Mehr an Verantwortung des Einzelnen für die eigene Gesundheit wesentliche Herausforderungen für unsere Gesellschaft darstellen. Auf individueller Ebene wissen wir: Mit Gesundheits handeln zu beginnen, ist das eine; es auch dauerhaft fortzuführen, das andere. Aber auch die Veränderung der Umwelt zu gesunden Lebenswelten stößt an strukturelle und ökonomische Grenzen.

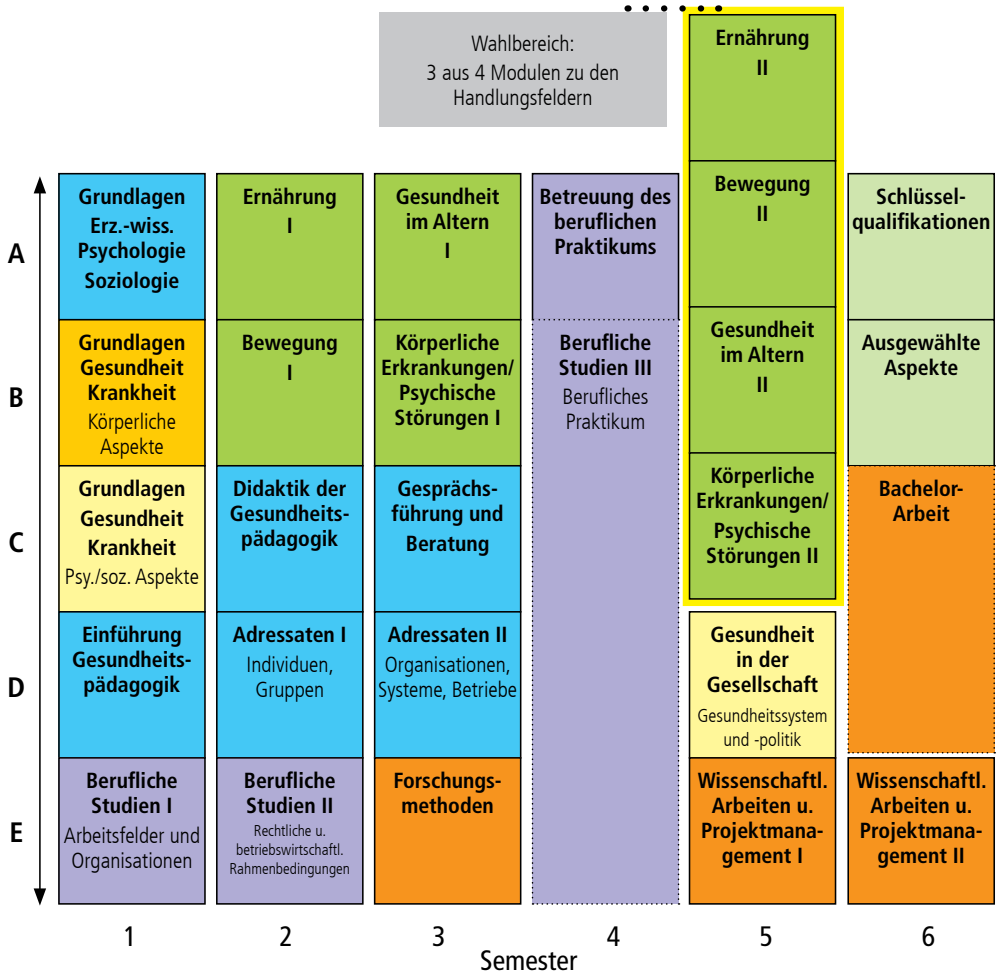
Die Studierenden des Bachelor-Studiengangs „Gesundheitspädagogik“ werden daher zu Gesundheitsbildungs-Experten ausgebildet, die ein breites biomedizinisches, psychologisches und therapeutisches Basiswissen (siehe Tabelle 1) in Verbindung mit ausgeprägten didaktischen, methodischen und praktischen Fähigkeiten mit deutlich pädagogischer Orientierung aufweisen.

Tabelle 1: Kompetenzziele des Studiengangs „Gesundheitspädagogik“

- Mehrperspektivisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Gesundheitsförderung und Prävention)
 - Systematischer Aufbau von Grundkenntnissen
 - Methodisch-didaktische Kompetenz
 - Kommunikations- und Beratungskompetenz
 - Projektorientierung
 - Direkter Bezug zur Berufspraxis
-

Die Absolventen des Studiengangs sollen in den wesentlichen Bereichen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, körperliche Erkrankungen/psychische Störungen und Gesundheit im Alltag) qualifiziert sein. Die Studienbereiche sind in Tabelle 2 dargestellt. Abbildung 1 zeigt ihre Verteilung über den Studienverlauf.

Abb. 1: Struktur des Studiengangs BA Gesundheitspädagogik



Studienbereiche	1	biomedizinische, psychologische und soziologische Grundlagen zu Gesundheit und Krankheit
	2	Grundlagen der Gesundheitspädagogik
	3	Grundlagen und Vertiefung in den vier gesundheitspädagogischen Handlungsfeldern
	4	Anwendungsbezug in den beruflichen Studien
	5	Soziale Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik einschließlich rechtlicher und wirtschaftlicher Aspekte
	6	Wissenschaftliches Arbeiten, Forschungsmethoden sowie Projektmanagement
	7	Schlüsselqualifikationen und ausgewählte Aspekte

Das Qualifikationsprofil des Studiengangs weist besonders die in Tabelle 2 dargestellten Merkmale auf:

Tabelle 3: Qualifikationsprofil des BA Studiengangs Gesundheitspädagogik

- Kompetenzen zur pädagogischen Begleitung und Förderung eines nachhaltig gesundheitsförderlichen Lebensstils
 - von gesunden Menschen jeden Alters,
 - von Patienten und Patientinnen,
 - von Gruppen, Institutionen, Organisationen und Betrieben.
 - Initiierung, Planung, Umsetzung von Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung,
 - in der Prävention, Kuration und Rehabilitation, der Selbsthilfe
 - in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Lebensführung, ...
 - in der Klinik, Praxis, Arbeitswelt, Kindergarten, Schule, ...
-

Der Studiengang wurde in enger Kooperation mit Fachleuten aus Prävention und Rehabilitation entwickelt. Dies hat sich im Verlaufe der Akkreditierung als förderlich erwiesen. In der Folge der Spiegelung eines ersten Konzeptes

der Planungsgruppe vor externer Expertise wurde die doppelte Orientierung an Gesundheit und Krankheit einer rein salutogenetischen Prägung des Studiengangs vorgezogen. Dies trägt ebenso wie die polyvalente Qualifizierung der Studierenden in den Bereichen Ernährung, Bewegung, körperliche Erkrankungen und psychische Störungen, Gesundheit im Altern aus Sicht der externen Fachleute aus der Praxis zur Stärkung der Berufsfähigkeit bei. Dieses Profil wird auch nach Einschätzung der ersten Rückmeldungen aus dem Kreis der angeworbenen potentiellen Praktikumsstellen als förderlich für die Chancen der künftigen Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt angesehen.

Erste Erfahrungen

Die neuen Studiengänge unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von den herkömmlichen Diplom- und Lehramtsstudiengängen. Dies gilt insbesondere für die Modularisierung der Inhalte, die Einführung von ECTS, den Einsatz neuer Medien, die geforderte internationale Ausrichtung, die Arbeitsmarkt-orientierung (Employability) und die Vermittlung überfachlicher Schlüsselqualifikationen. Die Einführung der neuen Studiengänge in Verbindung mit der Akkreditierung als neuem Qualitätssicherungsinstrument bedeutete für die Pädagogische Hochschule, und das heißt sowohl für Lehrende als auch für Studierende, sich von vertrauten Strukturen zu verabschieden. Denn die bisher üblichen Diplomstudiengänge werden nicht durch den Einsatz neuer Begrifflichkeiten zu Bachelor- und Masterstudiengängen, sondern durch eine grundlegende Neustrukturierung der Studienangebote, die den geänderten Rahmenbedingungen und damit den geänderten Anforderungen an die Pädagogische Hochschule sowie an die Absolventinnen und Absolventen Rechnung trägt.

Veränderungen auf Seiten der Studierenden

Auf Seiten der Studierenden ergibt sich die Notwendigkeit mehr offener, auf Selbstverantwortung bauender Lehrformen, zumal es darum geht, die Studierenden mehr und mehr auf das konkrete Berufsleben vorbereiten zu müssen, wie dies im Zuge der Umstellung der Studiengänge im Bologna-Prozess verlangt wird. Komplexe Aufgabenstellungen mit einer Verbindung von Theorie und Praxis, die Arbeit und Auseinandersetzung in Teams, sowie das selbstständige Aufsuchen von Hilfsangeboten bilden zentrale Grundzüge (Frankenberger, 2008). Daher stellen die Anwendung und Reflexion von vielfältigen Methoden (z. B. Projektarbeit, Metakognition, Gruppenpuzzle) und Sozialformen (Einzel-Partner-Gruppenarbeit) wesentliche didaktisch-methodische Elemente dar.

Die Interdependenz in einer Lerngruppe ist zum einen hoch strukturiert und stellt zum anderen hohe Anforderungen an die einzelnen Gruppenmitglieder, die weit über den eigentlichen Lernstoff hinausgehen. Dies kann ohne eine kontinuierliche Betreuung und Rückmeldung durch die Lehrenden zu erheblichen gruppendynamischen Verwerfungen führen. Weitere praktische Probleme entstehen, da das Bachelor-Studium wesentlich höhere zeitliche Anforderungen an Studierende stellt und mehr Prüfungen verlangt. Zudem lassen sich die Studienpläne nicht mehr frei einteilen, so dass das voll gepackte Bachelor-Studium kaum Zeit lässt, nebenher zu arbeiten oder Kinder zu erziehen.

Veränderungen auf Seiten der Lehrenden

Die Lehrenden sind angesichts der sich verändernden Rahmenbedingungen mit verschiedenen Anforderungen konfrontiert. Seitens der Hochschulen und auch der Studierenden werden den Lehrenden aufgrund der vermehrten Berufsorientierung im Zuge des Bachelor-Studiums und der intensivierten Ressourcennutzung zunehmend mehr Leistungen abverlangt. Die Studierenden fordern legitimerweise adäquate Gegenleistungen ein. Dies äußert sich für die Lehrenden etwa in einem vermehrten Begründungszwang der Seminarthemen und -konzeptionen, der Nachfrage nach qualitativ hochwertigen und umfassenden Seminarunterlagen, einem erhöhten Betreuungsbedarf sowie der Forderung nach klarem Praxisbezug (Frankenberger, 2008). Um dies zu erreichen, ist ein deutliches Mehr an gegenseitiger Absprachen und enger Kooperationen zwischen den Lehrenden notwendig. Dies führt letztlich dazu, dass sich die Lehrenden über den Rahmen der eigenen Fachlichkeit und ihrer organisatorischen Zuordnung für eine fakultäts-übergreifende Zusammenarbeit öffnen. Der verstärkte Bezug zur späteren Tätigkeit erfordert, die Inhalte der Veranstaltungen sehr viel output- und damit praxisorientierter zu gestalten. Im Prozess der Planung modularisierter Studiengänge muss daher nicht nur über die für die spätere berufliche Praxis erforderlichen Inhalte (Output-Orientierung) nachgedacht werden, sondern hochschuldidaktische Überlegungen sollten von Anfang an konstitutiver Teil der Überlegungen sein. Der zu vermittelnde Inhalt ist letztlich immer davon abhängig, wie dieser am besten vermittelt werden kann (Miethe, Stehr, Roth, 2005). Gleichzeitig ist der Aufbau eines Netzwerkes zwischen Hochschule und Praxiseinrichtungen notwendig. Ziel wird es sein, den wechselseitigen Transfer von Wissen und Erfahrung zu verbessern, ein gemeinsames Bearbeiten von Themen zu ermöglichen und Methoden und Erkenntnissen in der Praxis zu überprüfen. Manchem erscheint jedoch durch die sogenannte Output-Orientierung der BA Studiengänge die Hochschule vor einem Paradigmenwechsel vom Humboldtschen Bildungsideal zur vermarktwirtschaftlichten Hochschule.

Literatur

- Beckers, E. (1991). Von der Krankheitsvorbeugung zum Lebenssinn. *Päd Extra*, 19, 14-19.
- Bengel, J. (2001). *Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: BZgA.
- Brinkmann-Göbel, R. (2001). *Handbuch für Gesundheitsberater*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Schulische Gesundheitserziehung und Förderung*. Köln : BZgA, 2000.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung*, Schwabenheim: Sabo.
- Dierks, M.L., Diel, F., Schwartz, F.W. (2003). Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist et al. (Hrsg.). *Das Public Health Buch*, S. 339-348. München: Urban & Fischer.
- Domsch, H. & Lohaus, A. (2009). Gesundheitsberatung. In P. Warschburger (Hrsg.), *Beratungspsychologie*, S. 154-170. Heidelberg: Springer.
- Erhart, M., Wille, N., Ravens-Sieberger, U. (2006). Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In M. Richter, K. Hurrelmann (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, S. 312-338. Wiesbaden: VS Verlag.
- Frankenberger; R. »Das zersägte Klassenzimmer«. Ein Gruppenpuzzle-Experiment in Zeiten der Ökonomisierung von Bildungsprozessen. In R. Richter, Ch. Baatz (Hrsg.), *Tübinger Beiträge zur Hochschuldidaktik*, 4/2008, S: 5-33. URL: <http://tobias-lib.ub.uni-tuebingen.de/volltexte/2008/3294/> (Zugriff am 20.8.2008)
- Hartmann, F.(1993). Chronisch krank oder bedingt gesund? In C. Hammer, V. Schubert. (Hrsg.), *Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*, (S. 35-68). Starnberg: Verlag Schulz.
- Haug, C. V. (1991). *Gesundheitsbildung im Wandel*. Bad Heilbrunn.
- Hensen, G. (2008). Pädagogische Handlungsansätze der Gesundheitsförderung Gesundheitspädagogik als individualisierte Bildungsanforderung. In G. Hensen, P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*, S. 320-332. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hörmann, G. (1998). Gesundheitserziehung. In W. Korff, L. Beck, P. Mikat (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, S. 114-117. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Hörmann, G. (1999). Gesundheitserziehung . *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2, S. 5-30.
- Hörmann, G. (2002). Gesundheitserziehung. In H.G. Homfeldt, U. Laaser, U. Prümel-Philippsen, B. Robertz-Grossmann (Hrsg.). *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz, Strategien, Wissenschaftliche Disziplinen*, S. 87-106. Neuwied: Luchterhand,
- Hurrelmann, K. (1990). Sozialisation und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch*, S. 93-101. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. *Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, H. (Hrsg.) (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber.

-
- Laaser, U. & Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, S.749-780. Weinheim: Juventa.
- Lerch, M., Dierks, M.L. (2001). Gesundheitsinformation und –kommunikation als Basis für Patienten-souveränität. In M.L. Dierks, E.M. Bitzer, M. Lerch, S. Martin, S. Röseler, A. Schienkiewitz et al. *Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt*, S. 119-147. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Miethe, I., Stehr, J. und Roth, N. (2005). *Forschendes Lernen in modularisierten BA-Studiengängen. Erfahrungen und hochschuldidaktische Konsequenzen*. Arbeitspapier Nr.2. URL: www.e fh-darmstadt.de/download/forschung/Arbeitspapier_Nr_2.pdf (Zugriff am 20.8.2008).
- Petermann, F. (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung: Ein Lehrbuch* Göttingen: Hogrefe.
- Pimmer, V., Buschmann-Steinhage, R. (2007). Gesundheitliche Kompetenz stärken: Gesundheitsbildung und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation. In W. Kirch, B. Badura, H. Pfaff (Hrsg.). *Prävention und Versorgungsforschung*, S. 615-640. Berlin: Springer.
- Raithel, J. Dollinger, B., Hörmann, G. (2005). *Einführung Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sänger S, Lang B, Klemperer D, Thomeczek C, Dierks M-L. (2006). *Manual Patienteninformation – Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen*. Berlin: ÄZQ. Online Ressource: <http://www.aeqz.de/aezq/publikationen/resolveUid/9293282aa4af2d3359574e0d41ad1daf> (Zugriff am: 15.3.2009)
- Schäfer, H. & Döll, S. (2000). Grundlagen der Gesundheitsbildung. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation*, S. 1-19. Stuttgart: Schattauer.
- Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.) (2006). *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Schnabel, P.E. (2006). *Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren: Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns*. Weinheim: Juventa.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In B. Strauß, U. Berger, J. von Trotschke & E. Brähler (Hrsg.), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S. 15-40). Göttingen: Hogrefe.
- Seibt, A.C. (2003). Pantheoretisches Modell. In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Peter Sabo Verlag.
- Siebert, H. (1990). Didaktik der Gesundheitsbildung. In H. Sperling (Hrsg.), *Gesundheit*, S.55-76. Oldenburg: Universität. Online Ressource: <http://www.bis.uni-oldenburg.de/bisverlag/speges90/kap6.pdf>. (Zugriff am: 19.3.2009)
- Schipperges, Heinrich (1999). *Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte*. Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Berlin: Springer.

Schmiel, M.; Sommer, K.-H. (1992). Lehrbuch der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. München: Ehrenwirth.

Staeck, L. (1990). Gesundheitserziehung heute: Überwindung traditioneller Konzepte. Friedrich-Jahresheft: Gesundheit - Wohlbefinden, Zusammenleben, Handeln, 8, 25-29.

Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007). Beschreibung- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20(75):11-14.

Waller, H. (1995). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Wulffhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik*. Weinheim: Juventa.

Zwick, E. (2004). *Gesundheitspädagogik*. Münster: Lit.

Gesundheit unser höchstes Gut?

Life Style – Lebensstil und Gesundheit

Udo Ritterbach, Rainer Wohlfarth

Schon in der Antike war unbestritten, dass der individuelle Lebensstil die Gesundheit einer Person beeinflusst (Schiperges, 2003). In den 1960er Jahren wurde das Konzept des gesunden Lebensstils im Rahmen der Alameda County Langzeit-Studie erstmals an einer größeren Stichprobe wissenschaftlich untersucht. Dabei wurden neben sieben Verhaltensfaktoren (u.a. Schlafdauer, Essgewohnheiten, Bewegung, Rauchen) auch sozio-ökonomische Faktoren einbezogen. Die Auswertung zeigte, dass fünf der sieben Verhaltensindikatoren mit Mortalität assoziiert waren. Dieser Befund lieferte erste wissenschaftliche Hinweise für die Hypothese, dass eine ausgewogene Lebensweise den Gesundheitszustand positiv beeinflussen kann. Jedoch zeigten die Ergebnisse auch komplexe Wechselwirkungen, so dass dieser Zusammenhang nicht ganz eindeutig und damit nicht alles erklärend war (Schoenborn, 1993).

Eine weitere Studie – die sogenannte Ornish-Studie – gab dann in den 1990er Jahren weitere wesentliche Impulse für die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Verhaltens- und Denkweisen und dem Gesundheitszustand. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass umfassende Lebensstiländerungen sich günstig auf den Krankheitsverlauf selbst bei schweren koronaren Herz-erkrankungen auswirken (Ornish et al., 1990).

Der Begriff Lebensstil

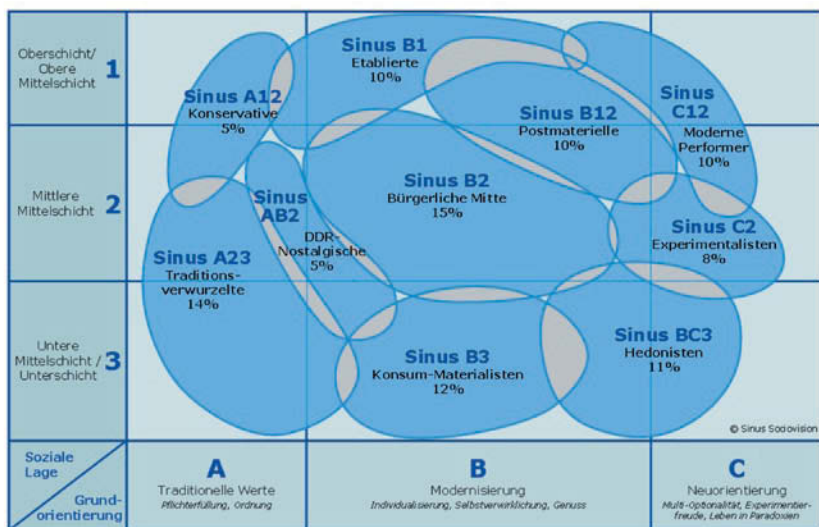
Für den komplexen Begriff des Lebensstils findet man in unterschiedlichen wissenschaftlichen Kontexten jeweils spezifische Definitionen. Im Bereich Produktmarketing ist zum Beispiel Lebensweltorientierung ein Kriterium für den Erfolg. Inzwischen hat die Lebensweltorientierung auch Gesundheitskommunikation und Gesundheitspädagogik erreicht.

Im Marketing-Lexikon¹ wird Lebensstil als eine Menge miteinander verbundener Einstellungen definiert, die in Aktivitäten, Interessen und Meinungen zum Ausdruck kommen und marktgerecht mit dem Blick auf Interessenten, die sich für Einflussfaktoren auf das Kaufverhalten von Konsumenten interessieren mit dem Kürzel – AIO – für activities, interests, opinions charakterisiert.

1 <http://www.wiwi-treff.de/home/mlexikon.php>, Zugriff: 26.05.2009

Im Bereich des Marketings wird intensiv in diesem Bereich geforscht, daher orientierten sich in diesem Bereich viele Maßnahmen (Promotion, Werbung, Verbraucherinformation) sehr stark an den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Lebensstilen der jeweiligen Zielgruppen. So bietet das Unternehmen Sociovision mit Sitz in Heidelberg als Dienstleister die Segmentierung von Gesellschaften in Sinus®-Milieus auf der Grundlage von Wertorientierungen und Lebensstilen in 16 Nationen. Die Segmentierung von Zielgruppen wird dabei als Instrument für das strategische Marketing und für die Optimierung von Media-Zielgruppen genutzt. Die Differenzierung der Milieus kann in einem Koordinatensystem mit den Achsen „Soziale Lage“ und „Grundorientierung“ abgebildet werden. In 5 EU-Nationen Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien werden 44 unterschiedliche Milieus segmentiert und nach Merkmalen des Lebensstils, der Einstellungen und der Ansprechbarkeit über Aussagen und Botschaften bis hin zur Gestaltung von medialen Angeboten beschrieben. Für Westeuropa werden 7 Meta-Milieus, für Deutschland 10 Sinus®-Milieus mit ihren Lebensweltbeschreibungen über typische Aussagen, Kundenpotentiale, soziale Lage, Arbeit und Beruf, Freizeit, Konsum, Produktinteressen, Medienverhalten Wohnstil, Alltagsästhetik, Leitbildqualitäten und Geld differenziert und charakterisiert.

Abbildung 1: Sinus®-Milieus in Deutschland²



Die Erkenntnisse von Sociovision werden inzwischen über den Bereich des Produktmarketings hinaus auch in Bereichen wie Touristik, Umweltbildung und AIDS-Prävention genutzt. Hierzu zwei Beispiele: ECOLOG, das Institut für sozial-ökologische Forschung und Bildung gGmbH zielt darauf, Nachhaltigkeitsakteure, z.B. aus den Bereichen Umwelt- und Naturschutz, Entwicklungspolitik, Verbraucherschutz und Kommunen, im Social Marketing für Nachhaltigkeit zu unterstützen. Dies erfolgt zielgruppengenaue im Sinne einer „tailored intervention“ nach den Sinus®-Milieus. „Beschreibungen der sozialen Milieus in wichtigen Bereichen des Alltagshandelns, wie Mobilität, Abfall, Konsum, Ernährung, Freizeit und Urlaub, und Informationen über ihre Präferenzen für Kommunikationswege, -formen und -gestaltung liefern die Grundlage für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Kommunikationsstrategien zu verschiedenen Nachhaltigkeitsthemen.“ (<http://www.ecolog-institut.de>; Zugriff: 26.05.2009).

Das Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) hat seine Kampagne LOVE LIFE – STOP AIDS 2005 u.a. im Hinblick auf die Erinnerungswerte evaluieren lassen. Dabei fiel auf, dass die Erinnerungswerte bei den Schweizer Sinus®-Milieus der „Eskapisten“, „Modernen Performern“ und „Experimentalisten“ sehr hoch, dagegen bei der wichtigen Kernzielgruppe der „Konsumorientierten Arbeiter“ ungenügend sind. Da es kaum möglich ist, alle Lebenswelten mit den gleichen Bildern und Botschaften optimal anzusprechen, wurden enger gefasste Botschaften empfohlen, um einzelne Zielgruppen über spezifische Kommunikationskanäle noch besser erreichen zu können (Frech, 2006, Bundesamt für Gesundheit, 2006).

Eine Orientierung an der Lebenswelt und am Lebensstil ist somit auch als gesundheitspädagogisches Aufgaben- und Forschungsfeld zu verstehen, so können von der gesundheitlichen Aufklärung bis hin zu gesundheitspädagogischen Interventionen die Maßnahmen verbessert und gezielter angepasst werden.

Eine weitere Perspektive der Lebensstilorientierung für die Gesundheitspädagogik bietet sich in der Analyse gesundheitsrelevanten Verhaltens. So sieht Bartsch die allgemein zunehmende Zahl an individuellen Lebensstilalternativen in der westlichen Welt als ursächlich an für den Zwang, dass (nicht nur) Jugendliche versuchen, durch die zentralen Ausdrucksmittel des Lebensstils -Aussehen, Konsum und Erleben- Antworten auf ihre zentrale Lebensfrage „Wodurch bin ich?“ zu finden (Bartsch, 2008, S. 24). Dies zeigt sich z.B. ganz konkret in Ergebnissen einer Studie von Gerhards und Rössel zum Einfluss der Lebensstile von Jugendlichen auf deren Ernährungsverhalten. Sie konnten einen Zusammenhang nachweisen zwischen einer Fernseh-,

Sport, inner- und außerhäuslicher Spannungs- oder Hochkulturorientierung im Lebensstil Jugendlicher und der Häufigkeit des Verzehrs von Colagetränken, Hamburgern und Vollkornbrot. Mehrmaliger wöchentlicher Konsum von Colagetränken ist typisch für einen Lebensstil Jugendlicher mit starken inner- und außerhäuslichen Spannungsorientierung und Fernsehorientierung. Mehrmaliger wöchentlicher Konsum von Vollkornbrot ist typisch für einen Lebensstil Jugendlicher mit starker Hochkultur- oder Sportorientierung im Lebensstil (Gerhards u. Rössel, 2003).

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Lebensstil und Gesundheit ist zu unterscheiden zwischen einzelnen Verhaltens- und Denkweisen (z.B. Ernährung, Kleidung, Mediennutzung, Freizeitgewohnheiten, sportliche Betätigung, ästhetischen Standards, Familienorientierung eines Menschen, etc.) und den aus diesen Elementen bestehenden komplexen Lebensstilen (Hradil, 2006, S. 46). Lebensstile stellen nach Hradil (ebd.) mehr dar als die Summe ihrer Komponenten. Sie werden durch Sinn(re)konstruktionen „zusammengehalten“ und bilden somit einen regelmäßig wiederkehrenden Gesamtzusammenhang von Verhaltensweisen, Interaktionen, Meinungen, Wissensbeständen und bewertenden Einstellungen. Dies bedeutet nach Hradil (ebd.), dass einzelne gesundheitsrelevante Verhaltensvariablen (Rauchen, Bewegung, Drogen etc.) allein noch keinen Lebensstil ausmachen. Sie können jedoch Bestandteile eines Gesundheitslebensstils insgesamt sein. Ein Lebensstil wird in biographischen Prozessen entwickelt, bildet sich durch ein Zusammenwirken von Verhaltenweisen, Einstellungen und Zielvorstellungen aus und wird in der individuellen Organisation und expliziten Gestaltung des Alltags augenscheinlich.

Abel (2006) stellt dieser Definition einen eher psychologisch orientierten gesundheitsrelevanten Lebensstilbegriff gegenüber. Er beschreibt ihn als zeitlich relativ stabile, typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden. Der Lebensstil ist dabei nach Abel (1999) das Resultat aus der Wechselwirkung der drei Dimensionen Ressourcen, Orientierungen und gesundheitsrelevantes Verhalten. Unter Orientierungen werden grundlegende Werte und darauf basierende spezifische Einstellungen verstanden (z.B. Gesundheit als wichtiges Lebensziel einzuschätzen oder gesundheitsförderliches Verhalten als gesellschaftliche Norm zu betrachten). Ressourcen setzen sich zusammen aus externe Ressourcen, das sind materielle Bedingungen, wie Einkommen oder Zugang zur Gesundheitsversorgung, sowie interne Ressourcen wie Wissen und Fähigkeiten.

Daraus folgt, dass das Gesundheitsverhalten nicht als das Ergebnis eines rein individuellen, rationalen Entscheides zu verstehen ist. Wie ein Individuum mit seiner Gesundheit und seinem Körper umgeht, ist vielmehr sehr stark vom persönlich-biografischen und sozialen Kontext abhängig, in dem es lebt (Hurrelmann, 2006). Wir können also von einer psychosozialen Determiniertheit gesundheitsrelevanter Lebensstile sprechen.

Umgekehrt stellt sich die Frage, warum leben wir gesundheitlich riskante Lebensstile (Faltermaier, 2005; Heindl, 2007)? Zum einen entstehen Schäden erst in einem langsamen Prozess, das heißt die Konsequenzen sind meist erst nach Jahren erkennbar. Risikoverhaltensweisen betreffen zentrale Lebensaktivitäten, wie Essen, Trinken, Bewegen, Sexualität und sind oft wenig reflektierter Teil etablierter Alltagskultur. Riskante Lebensstile hängen oft mit kurzfristig verstärkenden Wirkungen von Genuss und Spaß zusammen, welche positive Gefühle erzeugen, die sozial geteilt werden. Zudem sind ungesunde Lebensstile oft die Auswirkungen eines „unrealistischen Optimismus“, in dem Sinne „mir passiert schon nichts!“ Und schließlich führt Stress zu riskanten Verhaltensweisen, welche wiederum als Mittel zur Bewältigung von psychischen Belastungen dienen.

Der Begriff Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten vollzog sich ein Perspektivenwechsel hinsichtlich der Konzeptualisierung des Begriffs Gesundheit (Antonovsky, 1997). Dem traditionellen Begriff der Pathogenese wurde die Salutogenese gegenübergestellt. Es wird danach gefragt, warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben bzw. wie Gesundheit wiederhergestellt werden kann. Diese Veränderung der Perspektive erforderte auch eine Wende im gesundheitswissenschaftlichen Denken, die Tendenz von einer krankheitsorientierten Forschung hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsforschung.

Das Konzept eines negativen Gesundheitsbegriffes, d. h. Abwesenheit von Krankheit, ist aus dieser Sicht unzureichend. Gesundheit ist zwar kein eindeutig definierbares Konstrukt, doch besteht in den Sozialwissenschaften und der Medizin heute Einigkeit, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2003, S. 51): Neben körperlichem Wohlbefinden (z. B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z. B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und

Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen.

Vor dem beschriebenen Hintergrund soll der Zusammenhang von Lebensstil und Gesundheit als Gegenstand und Problem der (Gesundheits-) Pädagogik behandelt werden. Es werden nachfolgend die unterschiedlichen Konzepte von Lebensstil, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten beschrieben, empirische Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit dargestellt und abschließend lebensstilrelevante Bereiche der Gesundheit dargestellt.

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten

Gesundheitskompetenz

In den letzten Jahren wurde der Begriff der Gesundheitskompetenz – abgeleitet aus Englischen Begriff der *Health Literacy* – eingeführt. Zunächst wurde er als Gesundheits-Alphabetisierung übersetzt, umfasste also Grundfertigkeiten wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitlichen Informationen. Doch schon bald wurde der Begriff der Gesundheitskompetenz von der WHO (1998) um einen aktiven und konstruktiven Umgang mit gesundheitlicher Information erweitert: *„the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health“* (WHO, 1998, S.10). Im deutschsprachigen Raum wird unter «Health Literacy» die wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung verstanden (Abel & Bruhin, 2003). Er umfasst die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich günstig auf die Gesundheit auswirken. Dabei wird Gesundheitskompetenz als eine gesellschaftlich vermittelte Kompetenz angesehen (Abel & Walter, 2002), die primär über Kultur, Bildung und Erziehung erlernt wird (Abel & Bruhin, 2003). Gesundheitskompetenz soll zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich der Gesundheit befähigen (Kickbusch et al., 2005). Gesundheitskompetenzen umfassen funktionale, kommunikative, interaktive und kritische Fähigkeiten und Fertigkeiten (Kickbusch et al., 2005) und sollen es dem Individuum erlauben, sich mit Hilfe seines sozialen Umfeldes im und außerhalb des Gesundheitssystems gesundheitsbewusst zu verhalten bzw. die gesellschaftliche und politische Umwelt so zu beeinflussen, dass gesundheitsbewusstes Verhalten möglich ist.

Gesundheitskompetenzen sind zusammen mit einem entsprechenden Gesundheitswissen eine Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines positiven Gesundheitsverhaltens. Die Stärkung dieser Kompetenzen ist also ein Schritt in Richtung eines gesunden Lebensstils.

Gesundheitsverhalten

Als Gesundheitsverhalten (health behavior) können Verhaltensweisen bezeichnet werden, welche vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnis als für die Gesundheit förderlich, riskant oder schädlich bewertet werden (Troschke, 1998). Es können also grob zwei Formen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen unterschieden werden: Risikoverhaltensweisen und präventives Gesundheitsverhalten. Als Risikoverhalten werden alle jene Verhaltensweisen bezeichnet, die aufgrund ihrer Häufigkeit oder Intensität das Auftreten einer Erkrankung erhöhen, unabhängig davon ob der Zusammenhang uns bewusst ist. Präventives Gesundheitsverhalten ist dagegen bewusst und umfasst alle Aktivitäten, welche die Vorbeugung von Krankheiten unterstützt und zur Entdeckung im Frühstadium beiträgt. Es umfasst also die Bereiche der primären und tertiären Prävention. Siegrist (2003) hält daher diese Definition für zu eng, da viele Aktivitäten, die die Gesundheit fördern oder schädigen vom Individuum nicht explizit aus dem Grund Krankheit zu verhüten oder rechtzeitig zu entdecken, begonnen werden. Vielmehr sieht Siegrist Gesundheitsverhalten eingebettet in eine umgreifende Lebensweise, die durch Gewohnheitsbildung, durch soziale und materielle Ressourcen mitgeformt wird. Daher sollte eher von gesundheitsrelevantem Verhalten gesprochen werden (Siegrist, 2003, S.140). Unter dem Begriff Gesundheitshandeln werden im Allgemeinen komplexere vielschichtigere gesundheitsbezogene Verhaltensmuster verstanden, wobei in der gegenwärtigen Literatur Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln nicht klar voneinander abgegrenzt verwendet werden.

Gesundheitsverhalten wurde bislang im engeren Sinne auf die Bereiche Ernährung, Bewegung und Alltagssüchte bezogen und wird häufig mit der Verhinderung von Krankheit also einem eher pathogenetischen Ansatz assoziiert. Erst in letzter Zeit wurden Ansätze einer positiven Definition gesundheitsrelevanten Verhaltens als Bestandteil eines übergreifenden Lebensstils entwickelt. Diese orientieren sich an den Zielen der physischen Gesundheit, des psychischen und sozialen Wohlergehens sowie der persönlichen Entwicklung.

Wir können also festhalten, dass Gesundheitskompetenzen, gesundheitsbezogenes Wissen, gesundheitsrelevante Einstellungen und Ressourcen Vo-

raussetzungen für die Entwicklung von „gesundem“ Verhalten darstellen. Hieraus ergeben sich bestimmte Verhaltensmuster, die sich im Alltag auf dem kulturellen, ökonomischen und sozialen Hintergrund in gesundheitsbezogenen Lebensstilen darstellen.

Empirische Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit

Bei der Analyse empirischer Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit müssen zunächst drei wesentliche Aspekte betrachtet werden: Erstens werden Lebensstil-Konzepte in der empirischen Forschung häufig in ihrem Einfluss auf die Mortalität oder Morbidität betrachtet. Damit können aber keine Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand der Überlebenden bzw. Nicht-Erkrankten gezogen werden. Dies stellt eine primär präventive Sichtweise dar, bei der gesundheitsförderliche Aspekte kaum betrachtet werden. Zweitens wird meist nicht ein komplexes Lebensstilkonzept untersucht, sondern spezifische Verhaltensweisen oder das Zusammenspiel einzelner gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Verhaltensweisen. Dieses Zusammenspiel wird dann als gesundheitsbezogener Lebensstil konzeptualisiert. Drittens variiert die allgemeine Abschätzung der Gewichtung einzelner Faktoren für das Aufkommen bei einzelnen Erkrankungen stark. So dass es fraglich ist, ob ein allgemeiner präventiver Lebensstil überhaupt postuliert werden darf.

Gesundheitslebensstile im oben definierten weiteren Sinn wurden bisher wenig erforscht. Meist beschränkte man sich in der empirischen Forschung – wie noch gezeigt wird – auf einzelne gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Hradil, 2006).

Die Zahl der Studien dagegen, in denen Effekte einzelner Verhaltensweisen wie Rauchen, ungesunde Ernährung oder mangelnde körperliche Bewegung auf spätere Erkrankungsrisiken oder auch Mortalitätsraten ermittelt worden sind, ist kaum mehr überschaubar. Erst in jüngster Zeit finden sich auch Studien, die den gesundheitlichen Lebensstil in einer etwas komplexeren Perspektive betrachten, also eine größere Zahl von Verhaltensrisiken gleichzeitig betrachten und damit den von Hradil postulierten Lebensstilen nahekommen.

In der sogenannten „Nurses' Health Study“, einer 1976 begonnenen Längsschnitt-Untersuchung, wurden anfänglich rund 120.000 Krankenpflegerinnen im Alter von 30–55 Jahren untersucht. Die Frauen bearbeiteten jährlich einen Fragebogen über verschiedenste Aspekte ihres Gesundheitszustands und Gesundheitsverhaltens. In einer aktuellen Auswertung wurden die Daten von über 77.000 Frauen berücksichtigt (van Dam et al., 2008). Anhand unter-

schiedlicher Aspekte des Gesundheitsverhaltens wurden die Frauen danach eingestuft, ob sie jeweils in eine Gruppe mit niedrigem Risiko oder hohem Risiko einzuordnen waren. Die fünf untersuchten Risikofaktoren waren Ernährung, Rauchen, körperliche Bewegung, Gewicht und Alkohol. Frauen, bei denen Krebs oder Herz-Kreislauferkrankungen festgestellt worden waren, die keinerlei Alkohol tranken oder einen sehr niedrigen Body Mass Index (BMI) aufwiesen, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Alle fünf einbezogenen Risikofaktoren zeigten für sich genommen einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Mortalitätsrisiko. Besonders deutlich fielen die Unterschiede jedoch zwischen Frauen mit 0 und Frauen mit 5 Risikofaktoren. Hier zeigte sich, dass die Sterbewahrscheinlichkeit bei besonders riskantem Lebensstil 3,26mal so hoch war für Krebserkrankungen, 8,17mal so hoch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 4,31mal so hoch für alle Todesfälle. Bedeutsamster einzelner Risikofaktor stellte das Rauchen dar. Etwas mehr als die Hälfte aller Todesfälle konnte auf eine Kombination von vier Risiken zurückgeführt werden: Übergewicht, Rauchen, keine Bewegung, ungesunde Ernährung.

Nichtrauchen, viel Bewegung, moderater Alkoholkonsum und fünf Portionen Obst oder Gemüse am Tag waren auch in einer weiteren prospektiven Kohortenstudie mit einem signifikanten Rückgang der Mortalität assoziiert (Khaw et al., 2008). Die EPIC-Norfolk-Studie zeigte deutlich, welchen Effekt unterschiedliche Risikofaktoren auf das Sterberisiko haben. Im Rahmen dieser Populationsstudie wurden Daten von über 20.000 Frauen und Männern im Alter von 45 und 79 Jahren erfasst. Ausgeschlossen von der Untersuchung wurden Personen mit bekannten kardiovaskulären oder malignen Erkrankungen. Zur Beurteilung einer gesunden Lebensführung verwendeten die Autoren ein einfaches Punkteschema von einem bis vier Punkten. Je ein Punkt wurde vergeben für: Nichtrauchen, regelmäßige körperliche Bewegung, Vitamin-C-Konzentration von über 50 mmol/l und Alkoholgenuß von weniger als 112 g pro Woche. Die Skala reichte also von 0 Punkten (extrem ungesunder Lebensstil) bis zu 4 Punkten (sehr gesunder Lebensstil). Nach einer mittleren Beobachtungszeit von elf Jahren waren fast 2000 Menschen gestorben. Nach statistischer Bereinigung um Alter, Geschlecht, Body Mass Index und sozialem Status zeigten die Teilnehmer mit 0 – 3 Punkten ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko gegenüber denjenigen mit 4 Punkten. Von den Personen, die alle vier Kriterien erfüllten, waren nach 11 Jahre noch 95 Prozent am Leben. Bei den Personen, die keines der Kriterien erfüllten, waren es nur 75 Prozent. Personen, die keines der vier Kriterien erfüllten, hatten in etwa die gleiche chronologische Lebenserwartung wie 14 Jahre ältere Personen, die alle vier Kriterien erfüllten.

Den Einfluss verschiedenster gesundheitsbezogener Verhaltensweisen auf das Auftreten eines ersten Schlaganfalls untersuchten Whareham und Mitarbeiter (Myint et al., 2009). Sie konnten im Rahmen einer weiteren Auswertung der schon beschriebenen EPIC-Norfolk-Studie zeigen, dass Personen, die rauchten, körperlich inaktiv waren, keinen oder sehr viel Alkohol konsumierten und weniger als fünf Mal am Tag Obst oder Gemüse zu sich nahmen ein deutlich erhöhtes Risiko aufwiesen, einen Schlaganfall zu erleiden. Männer und Frauen, die einen extrem ungesunden Lebensstil aufwiesen (Score 0) hatten ein 2.3 Mal erhöhtes Risiko einen Schlaganfall zu erleiden, verglichen mit Personen, die einen sehr gesunden Lebensstil angaben (Score 4). Und dies war unabhängig von verschiedenen Variablen wie Alter, Geschlecht, Body Mass Index, Diabetes oder sozialer Schicht.

Betrachtet man jedoch differenziert die Untersuchungen, so zeigt sich, dass weniger gesundheitsbezogene Lebensstile untersucht wurden, sondern sehr stark auf Bewegung und Ernährung als gesundheitsrelevante Verhaltensweisen Bezug genommen wird. Zudem wurden viele andere mit Gesundheit assoziierter Verhaltensweisen oder gar individuelle Ressourcen gar nicht erfasst. Dabei zeigt sich, dass Mischformen von „gesunden“ und „ungesunden“ Lebensstile häufiger sind als rein gesunde oder rein ungesunde Lebensstile. Dies zeigt sich selbst in Studien, die „nur“ einzelne Verhaltensvariablen untersuchten, erst Recht jedoch für Untersuchungen, die auch Einstellungen oder Ressourcen einbeziehen (Lamprecht & Stamm, 1999, S. 76ff).

Beispielhaft soll dieses Zusammenspiel an der Erkrankung Krebs veranschaulicht werden. Von der WHO wurde für Krebserkrankungen der Stand der Ursachenforschung zusammengefasst (WHO 2003). Danach gibt es im Wesentlichen zwei wichtige Faktoren mit Einfluss auf das Krebsaufkommen: Rauchen und Ernährung sind jeweils für ca. 30% der Erkrankungen verantwortlich. Infektionen folgen mit 18%. Vererbungsfaktoren machen ca. 4% und Alkohol rund 3% aus. Weitere 4% entfallen auf die Umwelt und für ca. 5 bis 6% der Erkrankungen sind berufliche Faktoren verantwortlich (Boeing & Schienkiewitz, 2006). Der Einfluss der anderen Faktoren kann nicht näher beziffert werden. Zu den Ernährungsfaktoren, die einen bedeutsamen Einfluss auf das Krebsaufkommen haben können, gehören Obst und Gemüse, Fleisch und Fleischwaren und Alkohol (Kluge & Boeing, 2004).

Einen etwas erweiterten Blick auf das Zusammenspiel unterschiedliche Lebensstile und Gesundheit haben Luy und Di Giulio (2005) geworfen. Sie verwendeten für ihre Analyse eine Teilstichprobe des westdeutschen Lebenserwartungssurveys (Gärtner et al., 2005). Diese umfasst 1353 Frauen und Männer, die zum ersten Befragungszeitpunkt in den Jahren 1984/86

60 bis 69 Jahre alt waren. Nach 14 Jahren waren 442 Personen verstorben. Als gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und soziodemografische Merkmale wurden berücksichtigt: der so genannte „Verhaltenstyp A“ (intensives Leistungsbemühen, Ungeduld, Zeitmangel, Überlastung, usw.); das Ausmaß, in dem die Personen auf ihre Gesundheit achten; der subjektive Gesundheitszustand; der Grad der vermuteten Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes; der Body Mass Index (BMI); die Belastung durch die gegenwärtige oder frühere Berufstätigkeit; der Konsum von Obst und Gemüse sowie hochprozentigem Alkohol; die sportliche Aktivität; die Rauchgewohnheiten; die Bildung und die Anzahl der Personen, auf deren Hilfe sich die Befragten in Notfällen verlassen können. Als Faktoren für ein geringes Mortalitätsrisiko wurden das Rauchverhalten als stärkster negativer Faktor, der BMI, die sportliche Aktivität, der Alkoholkonsum und das Achten auf die eigene Gesundheit ermittelt. Der letzte Faktor wirkte sich entgegen den Erwartungen lebensverkürzend aus. Dieser Befund ist vermutlich dadurch zu erklären, dass sich jene Personen als ausgesprochen gesundheitsbewusst bezeichnen, die krank und mit ihrer Gesundheit unzufrieden sind (Rott & Wozniak, 2008).

Luy und Di Giulio (2005) konnten nun die Gesamtgruppe nach ihrem Gesundheitslebensstil in vier homogene Lebensstiltypen aufteilen:

Gesundheitsinterventionisten: Die Personen in dieser Lebensstilgruppe zeichnen sich dadurch aus, dass sie nie in ihrem Leben geraucht haben, einen stressfreien Beruf ausübten, keinen hochprozentigen Alkohol konsumieren, regelmäßig Obst und Gemüse verzehren und nach dem Körpermasse-Index (BMI) normalgewichtig sind. Dieser Gruppe wird etwa ein Drittel aller einbezogenen Individuen zugeordnet.

Aktive Bon Vivants: Mit rund 45 Prozent ist diese Gruppe die größte der vier Lebensstilgruppen. Diese Personen sind noch in einem von ihnen überwiegend als stressvoll beschriebenen Beruf tätig oder haben diesen vor weniger als zehn Jahren zugunsten einer anderen Beschäftigung bzw. wegen Eintritts in den Ruhestand beendet. Zudem weisen die Mitglieder dieser Gruppe verschiedene Verhaltensweisen wie ehemaliges oder gegenwärtiges Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum oder Übergewichtigkeit auf, die auf einen eher vergnügungsorientierten Lebensstil schließen lassen. Sie sind aber dennoch der Meinung, stark oder mittelmäßig auf ihre Gesundheit zu achten.

Gesundheitsnihilisten: Etwa 15 Prozent der Stichprobe entsprechen dem Bild der „Nihilisten“, die vor allem durch eine allenfalls geringe Beachtung der eigenen Gesundheit, starke Übergewichtigkeit sowie sportliche Inaktivi-

tät gekennzeichnet sind. Nihilisten gehen allgemein davon aus, dass sie ihre Gesundheit selbst nicht beeinflussen können.

Frühere Workaholics: Nur etwas mehr als fünf Prozent der Personen in der Stichprobe sind in dieser Gruppe. Die früheren Workaholics sind seit längerem nicht mehr berufstätig, sehen ihren früheren Beruf aber als sehr stressvoll an. Auch sind sie keine Konsumenten hochprozentigen Alkohols.

Wie zu erwarten unterschieden sich die Sterberisiken der vier Gruppen deutlich voneinander. Im Vergleich zur Referenzgruppe der Interventionisten hatten alle anderen Gruppen ein um mehr als das Doppelte erhöhtes Sterberisiko (Aktive Bon Vivants 2,05; Frühere Workaholics 2,19; Nihilisten 2,83). Dabei zeigt sich, dass die Sterblichkeit der Männer im Vergleich zu Frauen in der Gruppen der Nihilisten und bei den aktiven Bon Vivants am stärksten ausgeprägt ist. In der am meisten gesundheitsbewussten Gruppe der Interventionisten ist die Sterblichkeit von Männer und Frauen dagegen nicht mehr signifikant.

Offensichtlich, so die Autoren, unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede ganz erheblich in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitslebensstil (Luy & Di Giulio, 2005).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den Studien meist nur Indikatoren der Mortalität als Gesundheitsmaß eingesetzt wurden. Diese Indikatoren lassen jedoch keine Aussage über den Gesundheitszustand der Überlebenden zu. Andererseits unterschätzt eine Konzentration auf einzelne Verhaltensweisen die Komplexität der Verhaltenseinflüsse auf die Gesundheit. Grundsätzlich müsste die Entwicklung von Verhalten und die Auswirkungen auf Gesundheit kontextabhängig betrachtet werden (Abel, 1992). Die Betonung der Bedeutung des sozialen und kulturellen Umfeldes führt zur Notwendigkeit der vermehrten Integration von spezifischen Einstellungen zur Gesundheit sowie die ihr zugrunde liegenden allgemeinen Gesundheitsorientierungen, aber auch von sozialstrukturellen Einflussfaktoren wie Bildung und Einkommen. Trotz der Betonung sozialer Bedingtheit von Lebensstilen erscheint aus unserer Sicht die individuenorientierte Perspektive bedeutsam, da individuelle Ressourcen entscheidende gesundheitsbeeinflussende Faktoren darstellen.

Bereiche einer gesunden Lebensführung

Ausgehend vom Modell der psychosozialen Selbsthilfe nach Hartmann (1991) lassen sich sieben Bereiche identifizieren, die sowohl risikomindernde

wie protektive, ressourcenorientierte Wirkung entfalten können: Ernährung, Bewegung, Aktivierungsregulation, soziale Interaktion, Emotionalität, Problemlösung und Spiritualität. Hartmann hat sein Modell zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen entwickelt. Es kann jedoch von seiner Grundstruktur auch auf das allgemeine Gesundheitsverhalten übertragen werden, soll es doch dazu dienen, sich aufmerksam mit seinen persönlichen Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit auseinanderzusetzen (Hartmann, 1991, S.140). Es stellt also die spezifischen Einstellungen wie allgemeinen Grundorientierungen in den Mittelpunkt der Betrachtungen.

Dieses Modell antizipiert die salutogenetische Auffassung, dass der menschliche Organismus als System permanent natürlichen Einflüssen und Prozessen ausgesetzt ist, die eine Störung seiner Ordnung, d. h. seiner Gesundheit, bewirken. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit krank machenden Einflüssen kontinuierlich neu aufgebaut werden, dazu können Aktivitäten in diesen sieben Bereichen beitragen. Das Konzept der Salutogenese (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001) basiert auf der Feststellung, dass Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum, d. h. vorstellbar als ständige Bewegung auf einer Linie zwischen den Extremen Gesundheit und Krankheit (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum), sind. Dazwischen liegen Zustände von relativer Gesundheit und relativer Krankheit.

Die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen (pathogenetischer Ansatz) muss nach Antonovsky durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesund erhaltenden Faktoren (salutogenetischer Ansatz) ergänzt werden. Diese Faktoren werden von ihm „generalisierte Widerstandsressourcen“ genannt. Es gibt sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Widerstandsressourcen (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Somit steht der Mensch als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome (Blattner, 2007).

Die von Hartmann beschriebenen Bereiche bilden einen strukturellen Rahmen, um risikomindernde und protektive Faktoren zu beschreiben und damit die Determinanten eines gesunden Lebensstils darzustellen.

Ernährung

Für den Bereich Ernährung wurde postuliert, dass der Verzehr von Obst und Gemüse sowie die Reduktion von Fett und Süßem als wichtige Präventi-

onsfaktoren anzusehen sind (Stadler, Oettingen & Gollwitzer, 2005). Dabei kommt Adipositas als gesicherter Risikofaktor für Hypertonie, Dyslipoproteinämie, KHK, Typ 2 Diabetes mellitus, Schlaganfall und einige Krebserkrankungen im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine Schlüsselrolle zu (Boeing & Schienkiewitz, 2006). Daher ist ein wesentliches Ziel der Primärprävention, eine starke Gewichtszunahme mit zunehmendem Alter zu vermeiden. Um dies zu erreichen sollten Vollkornprodukte und fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag sowie fettarme Milch und Milchprodukte die Grundlage der Ernährung bilden. Zudem kann ein moderater Verzehr von fettarmem Fleisch und fettarmen Fleischwaren empfohlen werden, um Fett zu sparen. Dafür sollten vermehrt pflanzliche Öle sowie fetter Seefisch bei der Speisenplanung berücksichtigt werden. Außerdem ist es wichtig, dass das eingesparte Fett nicht durch die Zufuhr von Kohlenhydraten mit hohem glykämischen Index kompensiert wird, sondern der Forderung nach Lebensmitteln mit hohem Ballaststoffgehalt und niedrigem glykämischen Index Rechnung getragen wird (deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2006). Stark mit verschiedenen Zuckerarten gesüßte Getränke haben ebenfalls einen hohen glykämischen Index und liefern überflüssige Energie.

Ein gesunder Ernährungsstil, der auf Ballaststoffe, Obst und Gemüse setzt und Fastfood verabscheut, ist dabei keineswegs eingebettet in andere „gesundheitsbewusste“ Verhaltensweisen wie Sport und Bewegung, Alkohol- und Tabakverzicht (Hayn & Schulz, 2004). Im Rahmen einer repräsentativen Erhebung wurden 2004 sieben verschiedene Typen des Ernährungsverhaltens ermittelt (Hayn & Schultz, 2004, S. 6):

- Die desinteressierten Fast Fooder (12%)
- Die Billig- und Fleisch-Esser (13%)
- Die freudlosen Gewohnheitsköche und -köchinnen (17%)
- Die fitnessorientierten Ambitionierten (9%)
- Die gestressten Alltagsmanagerinnen (16%)
- Die ernährungsbewussten Anspruchsvollen (13%)
- Die konventionellen Gesundheitsorientierten (20%)

Bei den ernährungsbewussten Anspruchsvollen hat Essen und Ernährung einen ganz zentralen Stellenwert im Lebensstil. Dies geht nicht unbedingt mit einer ausgeprägten Umwelt- und Naturorientierung einher, jedoch mit einer ganzheitlichen Gesundheitsorientierung. Bei den drei Ernährungsstilen desinteressierte Fast Fooder, Billig- und Fleisch-Esser und freudlose

Gewohnheitsköche und -köchinnen, bei denen Essen und Ernährung einen sehr geringen Stellenwert im Lebensstil hat, sind weder Gesundheits- noch Umweltorientierungen ausgeprägt. Essen wird nicht mit Genuss, Sinnlichkeit und Freude verbunden, sondern pragmatisch-convenient bzw. routiniert-gewohnheitsmäßig abgewickelt (Hayn & Schultz, 2004).

Daher darf bei Überlegungen zur Entwicklung eines gesunden Lebensstils die Bedeutung von der ästhetisch-expressiven Begegnung mit und Gestaltung von Essen nicht unterschätzt werden. Essen als sinnlicher Vorgang setzt eine Genuss- und Geschmackskompetenz voraus, die erworben werden muss. Somit umfasst Essen als Sinnlichkeit (Heindl, 2005) neben organischer Wahrnehmungen auch seelische Empfindungen des Menschen. Essen kann so zum Lebensgenuss werden, der auch die Genussqualität von Speisen einbezieht. Hierzu ist ein genaues Hinsehen, Fühlen, Riechen, Schmecken und Hören bei der Nahrungszubereitung und beim Essen nötig. Für die Schulung sinnlicher Fähigkeiten gibt es nach Heindl (2005, S.14) keinen besseren Lebens- und Lernbereich als das Essen und Trinken. Eine Sinnesschulung, die den kulinarischen Zugang zum Essen ermöglicht, verändert letztlich auch die Routinen des Alltags.

Die Betrachtung dieser Aspekte von Ernährung führt weiter in die Bereich der „seelischen Ernährung“, im Sinne der Förderung des eigenen Erlebens sowie der Zuwendung zu sich selbst und seinem eigenen Körper. So können zum Beispiel Süchte wie übermäßiges Essen, Rauchen, Trinken auch eine seelische Sehnsucht ausdrücken. Im weiteren Sinne gehört zu Ernährung auch der Aspekt der „geistigen Ernährung“, verstanden als lebenslange Bildung, als Interesse an der Natur, der Kultur und den Mitmenschen. Bildung wiederum fördert Gesundheit mehrfach: durch Wissen um Symptome und Risikofaktoren, weniger Scheu vor Medizin, durch Wissen um Möglichkeiten sozialer Unterstützung und Hilfe und durch einen höheren sozioökonomischen Status.

Bewegung

Ein gewisses Maß an körperlicher Bewegung ist nicht nur eine biologische Notwendigkeit, sondern für eine ganzheitliche körperlich-seelische Balance von großer Wichtigkeit. Bewegung ist ein bedeutsamer Faktor zur Steigerung des individuellen Wohlbefindens und der alltäglichen Lebensqualität (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2003). Im heutigen Alltags- und Arbeitsleben der Menschen herrscht oft eine geringe körperliche Aktivität vor.

In den letzten Jahren haben vielfältige Studien zweifelsfrei belegt, dass körperliche Aktivität eine gesundheitsfördernde Wirkung besitzt. Körperlich

aktive Erwachsene sind körperlich leistungsfähiger und gesünder als ihre nichtaktiven Zeitgenossen sind (Pate et al., 1995, Lippke & Vögele, 2005). Aus den zahlreichen Untersuchungen kann festgehalten werden, dass körperliche Aktivität vor chronischen Krankheiten schützt, also primär präventiv wirkt. Mangelnde Bewegung ist ein mitverursachender Faktor von vielen Erkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Rückenschmerzen, Osteoporose, Fettstoffwechselstörungen, Muskelschwäche, depressive Verstimmungen. Bewegung kann auch bei Gesundheitseinschränkungen und der Behandlung von Krankheiten unterstützend genutzt werden und dazu beitragen, dass Risikofaktoren nach erfolgreich behandelter Krankheit reduziert werden, sie ist also auch tertiär präventiv wirksam (Lippke & Vögele, 2005). Bewegung wirkt sich positiv auf das Herz-Kreislaufsystem, auf die Atmung, auf die Verdauung und den Stoffwechsel, auf das Nervensystem, auf das Immunsystem, auf das Hormonsystem und auf die seelische sowie die soziale Befindlichkeit aus.

Dabei lässt sich aus den Studien schlussfolgern, dass mit zunehmender Aktivität auch die Gesundheitseffekte zunehmen. Wie intensiv die körperliche Aktivität sein muss, ist noch nicht abschließend geklärt. Konsens besteht, dass ein körperlich inaktiver Lebensstil besonders risikoreich ist. Jedoch scheint das Kriterium für einen aktiven Lebensstil erfüllt, wenn 30–60 min moderate körperliche Aktivität täglich oder 20 min anstrengende Aktivitäten dreimal wöchentlich durchgeführt werden (Pate et al., 1995). Das Ziel aus unserer Sicht besteht dabei nicht darin, etwas Besonderes zu leisten, sondern ist vielmehr darin zusehen, dass man sich nach dem Training besser fühlt als vorher (Hartmann, 1991, S. 183).

Aktivierungsregulation

Allgemein kann festgestellt werden, dass Stress eine wesentliche Bedeutung für das Immun-, Kreislauf- und Nervensystem hat. Dabei kann Stress positive wie negative Effekte gleichermaßen induzieren oder verstärken und damit kann Stress entweder günstige oder eben ungünstige Folgen für einen Organismus haben, was konkret von einer Vielzahl von unterschiedlichen Einflussgrößen abhängen kann (Esch, 2002). Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund des chronischen Auftretens von Stressphänomenen in den westlichen Industrieländern die negativen Effekte von Stress überwiegen.

Mögliche und verbreitete Folgen von Stress sind u.a. erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Herz- und Kreislaufkrankheiten, Verdauungsprobleme, Überge-

wicht, Muskel- und Rückenschmerzen, aber auch Schlafstörungen und Störungen der Sexualfunktion sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Dauerstress in Verbindung mit Mehrfachbelastungen stellt eine ernst zu nehmende Gefahr für die psychische und physische Gesundheit dar. Zahlreiche Studien haben belegt, dass anhaltende Angstzustände, Unsicherheit, niedrige Selbstachtung, soziale Isolation sowie mangelnde Kontrolle über das Berufs- und Privatleben große Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Wilkinson & Marmot, 2004).

Aufgrund der Bedeutung von chronischem Stress für unsere Gesundheit kommt der Stressbewältigung eine zentrale Bedeutung für einen gesunden Lebensstil zu. Nach Steinmann (2005, S. 12) sind auf der individuellen Ebene für die Stressbewältigung zwei Faktoren wesentlich: die Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten sowie die Lebenskompetenzen (life skills), insbesondere die psychosoziale Kompetenzen. Am gesundheitsförderlichsten sei flexibles, der Situation angepasstes Bewältigungsverhalten, das heißt die Fähigkeit, eine Übereinstimmung von Situationsdiagnose und ihre entsprechenden Verhaltensweisen herzustellen. Personen, die gut mit Stress umgehen können, interpretieren das Leben und ihre Umwelt grundsätzlich positiv, nehmen Fehler und Rückschläge als etwas Normales hin und nicht als ein Anzeichen eigener Unfähigkeit (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002). Sie nehmen die Welt als beeinflussbar wahr und erzeugen emotionale Stabilität (Selbstwirksamkeit). Damit Coping-Kompetenzen greifen können, sind strukturelle Faktoren wie ein günstiges soziales, ökonomisches und ökologisches Umfeld wichtig.

Ein bislang weniger beachteter Zusammenhang besteht zwischen Erholung und Gesundheit (Allmer, 1996; Kallus & Uhlig, 2001). Zwischen Phasen erhöhter Belastung und der Erholungsabsicht ist es nötig, rechtzeitig Distanz zur Stresssituation zu gewinnen, weil die Erholung sonst nicht oder nur in verkürzter Form stattfindet. Ebenso muss die Erholungsphase auch wirklich der Regeneration dienen, denn sonst wird die Belastung nicht ausgeglichen. Waren Distanzierung und Regeneration erfolgreich, dann folgt am Ende der Erholungsphase eine Orientierung auf die neue, bevorstehende Beanspruchung und der Zyklus beginnt von Neuem (Allmer, 1996, S.12). Erholung ist somit zugleich Kompensation einer Belastung und Prävention für die nächste Belastung, also eine wichtige Ressource, um Belastungen auszugleichen und ihnen vorzubeugen.

In jüngster Zeit wurde wieder vermehrt auf die Bedeutung von Entspannungs- und Meditationsmethoden zur Förderung der Erholung hingewiesen (Grossmann et al., 2004). Die bisher vorliegende Literatur scheint wichtige

Grundhypothesen bezüglich der Auswirkung von Entspannung und Meditation (insbesondere der Mindfulness-Based Stress Reduction) auf das geistige und körperliche Wohlbefinden eher zu stützen. Achtsamkeitsbasierte Interventionen könnten demnach ein Potenzial aufweisen, das vielen Menschen helfen könnte, einen besseren Umgang mit chronischen Krankheiten und Belastungen zu erlernen (Grossmann et al., ebd.).

Sozialer Austausch

Angenehme und unterstützende soziale Beziehungen haben in mehrfacher Hinsicht eine besondere Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit. Soziale Unterstützung spielt eine wichtige Rolle bei der Prävention psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen, hat einen förderlichen Einfluss auf die Wiederherstellung von Gesundheit und geht sogar mit einem geringeren Mortalitätsrisiko einher. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich vielfältige Hinweise dafür, dass soziale Belastungssituationen, geringe oder fehlende soziale Integration und mangelnde soziale Unterstützung krankheitsförderlich wirken (Kienle, Knoll & Renneberg, 2005, Siegrist, 1995). Umgekehrt können soziale Ressourcen, also Hilfen und Unterstützung, die aus dem sozialen Netzwerk des Individuums stammen für Gesundheit sorgen (Uchino, 2006, Everson-Rose & Lewis, 2005, Berkman, Glass, Brissette et al., 2000, Berkman, 1995). Eder (1990) hebt die Bedeutung von Einsamkeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit als pathogenen Faktor besonders hervor. Er stellt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Qualität sozialer Integration und körperlich manifestem Wohlbefinden her. Insbesondere für den speziellen Aspekt der Verwitwung kann festgestellt werden, dass der Tod eines nahestehenden Menschen nicht nur mit Kummer und Gram einhergeht, sondern auch das Risiko von körperlichen und seelischen Krankheiten erhöht (Stroebe & Stroebe, 2005). Nach Eder (1990) nehmen grundsätzlich soziale Isolation und das Gefühl der Einsamkeit in der Gesundheit einen ebenso großen Stellenwert ein, wie die klassischen Risikofaktoren Rauchen, Trinken, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass dies sich lediglich auf die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung und auf die als positiv wahrgenommenen sozialen Beziehungen bezieht (Knoll & Schwarzer, 2005).

Während die positiven Wirkungen sozialer Beziehungen immer wieder hervorgehoben werden, ist unklar, ob es auch negative Folgen für die Gesundheit geben kann (Wolf, 2006). Aus dem Alltagswissen heraus ist zu erkennen, dass Probleme mit (ehemaligen) Partnern, heranwachsenden Kindern oder Ärger mit Kollegen soziale Stressoren darstellen und insbesondere wenn die

längerfristig vorhanden sind zu einer Einschränkung der Gesundheit führen können (Wolf, 2006). Auch kann eine bestimmte soziale Einbindung zu problematischem, falschem oder schädigendem Verhalten wie Drogengebrauch, Alkohol, Rauchen oder riskanten Verhalten führen.

Für die Gesundheitsförderung ist es daher bedeutsam, dass zu einem gesunden Lebensstil auch „gesunde“ soziale Beziehungen gehören. Daher sollten Gesundheitskompetenzen auch die Fähigkeit umfassen, soziale Beziehungen zu bewerten, das heißt zu erkennen, woher die wichtigsten positiven und negativen Zuwendungen und Unterstützungen stammen, wie sie sich ergänzen und wie sie weiterzuentwickeln wären (Hartmann 1991, S 201).

Problemlösefähigkeit

Im weiteren Sinne ist hier gemeint, dass durch eine innere Klärung die Umbewertung und damit eine Erweiterung der Lebenswirklichkeit in Richtung einer Lebensordnung angestrebt werden, die besser zur jeweiligen Situation der Person passt (Hartmann, 1991, S.191.) Im engeren Sinne sind damit ungeklärte innere und äußere Konflikte gemeint, die im längeren Verlauf zu Belastungen führen können. Die Fähigkeit zur Konflikt- bzw. Problemlösung (Probleme im eigenen Leben identifizieren, definieren und analysieren, Lösungswege auswählen und anwenden, Folgen abschätzen) ist mit physischer wie psychischer Gesundheit verbunden (Holahan & Moos, 1987; McCrae & Costa, 1986). In einer Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Bewältigungsstrategien und dem allgemeinen Gesundheitszustand konnten Penley et al. (2002) keinen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zum Problemlösen und des allgemeinen Gesundheitszustandes nachweisen. Die Autoren gehen davon aus, dass der adaptive Nutzen der Fähigkeit zum Problemlösen abhängig ist von situativen und individuellen Faktoren, insbesondere der wahrgenommenen Wirksamkeit. Bei Antonovsky, insbesondere in seinem Konzept des Kohärenzsinns (Antonovsky, 1997), spielt das subjektive Empfinden der Problemlösefähigkeit eine herausragende Rolle für die psychische Gesundheit. Für viele chronische Krankheiten ist die Fähigkeit Probleme zu lösen von entscheidender Bedeutung für die Prävention von Folgeschäden (Hill-Briggs & Gemell, 2007, Lorig & Holman, 2003). Bei Kindern und Jugendlichen stärkt eine ausgeprägte Problemlösefähigkeit die Resilienz (Ladwig, Gisbert & Wörz, 2001) und stellt besonders bei Schulkindern eine wesentliche personale Ressource dar (Werner, 1999). Auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sehen Ducki und Greiner (1992) in salutogenetischer Tradition Gesundheit wesentlich durch Handlungs- und Problemlösefähigkeit sowie als Fähigkeit zur Emotionsregulation bedingt.

Emotionsregulation

Bestimmte Formen des Erlebens und der Regulation von Emotionen stehen seit jeher im Verdacht, Risikofaktoren für die körperliche und psychische Gesundheit zu sein. Dazu zählen insbesondere Neurotizismus, Feindseligkeit, Ärger und die Unterdrückung von Emotionen (Weber & Vollmann, 2005, Pohl & Hammelstein, 2005). Auch die Hemmung von Gefühlen erfordert erhebliche psychische Anstrengung, die bei vielen Menschen nicht ohne Folgen für ihre Gesundheit bleibt (Traue, Horn, Kessler, 2005).

In einer umfangreichen Metaanalyse konnten Chida & Steptoe (2008) zeigen, dass sowohl ein positiver Affekt (im Sinne von emotionalem Wohlbefinden, positiver Stimmung, Freude, Glück, Energie, Kraft) wie auch positive Eigenschaften (im Sinne von Lebenszufriedenheit, Optimismus, Humor) mit einer verminderten Mortalität verbunden waren.

In einer weiteren Meta-Analyse konnte Veenhooven (2008) nachweisen, dass sich in 53 % der Studien ein Zusammenhang zwischen Glück und Lebenserwartung zeigte. Menschen, die ihr Befinden zu einem bestimmten Zeitpunkt als glücklich definierten, lebten später deutlich länger als andere, die sich zuvor als weniger glücklich bezeichnet hatten. Allerdings zeigte sich auch bei 13% ein umgekehrter, negativer Effekt und in 34% der Fälle kein signifikanter Zusammenhang. Der positive Zusammenhang tritt sehr viel deutlicher hervor, wenn man die in den Studien jeweils untersuchten Gruppen nach ihrem Gesundheitszustand unterscheidet. In weniger gesunden Gruppen, also bei chronisch Erkrankten, Behinderten, bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen usw. gibt es nur einen sehr schwachen Zusammenhang von Glücklichkeit und Lebenserwartung. Glücklichkeit hat bei Kranken keine oder nur eine überaus schwache lebensverlängernde Wirkung. Anders sieht es jedoch aus bei gesunden Untersuchungsgruppen. Hier zeigt sich ganz überwiegend, dass glückliche Personen auch eine höhere Lebenserwartung haben.

Aus diesen wenigen Anmerkungen wird deutlich, dass dem Umgang mit Gefühlen eine wichtige Funktion für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zukommt. Daher stellt es aus unserer Sicht eine wichtige Gesundheitskompetenz dar, ein gutes Maß an Ich-Stärke zu entwickeln, um für die eigenen Gefühle Verantwortung zu übernehmen und damit der Selbstverantwortung und Autonomie breiteren Raum zu ermöglichen (Hartmann, 1991, S. 161).

Lebensziele

Spiritualität wird im Kontext eines gesundheitsförderlichen Lebensstils vielfältig umschrieben, zum Beispiel als Art und Weise, in der Menschen das Leben hinsichtlich seines letzten Sinns und Werts verstehen (Zwingmann, 2004, S.219). Spiritualität hat im menschlichen Leben eine Vielzahl von Funktionen: Suche nach persönlicher geistiger Entwicklung, die Suche nach tragenden Weltanschauungen, um das Leben vertieft zu verstehen und sinnvoll zu gestalten, die soziale Integration in (Weltanschauungs-) Gemeinschaften und die geistige Integration in eine (Weltanschauungs-) Kultur. Der Mensch weist ein permanentes Streben nach Konstanz, Konsistenz, Widerspruchsfreiheit, Kausalität und Kohärenz, kurz nach sinnhaftem Erleben auf. Hiermit ist auch die Anerkennung und Würdigung der eigenen Person verbunden.

Menschen beeinflussen (und steuern) aktiv durch ihr Verhalten im Alltag einen Lebenssinn (Reker, 2000) und diese gelebte Weltanschauung hat wiederum Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Dazu gehören beispielsweise die Wahrnehmung von Entscheidungsfreiheit sowie Verantwortung und das Eingehen von Verpflichtungen und Beziehungen, die in eigene, höhere Lebensziele integriert sind. Dimensionen des Lebenssinns sind für Reker die Art und Weise, in der Sinn erfahren wird (kognitiv, motivational oder affektiv) sowie die Quellen, die Inhalte und die Qualität dieser Erfahrungen.

Im Allgemeinen können drei Begründungen genannt werden, warum Spiritualität als zusätzliche Komponente der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen ist (Zwingmann, 2004, S. 219):

Spiritualität wird von vielen Menschen als wichtiger Aspekt der Gesundheit gesehen.

Der spirituelle Bereich stellt eine wichtige Ressource dar.

Spiritualität erfasst einen Bereich, der mit anderen Aspekten eines gesunden Lebensstils nicht überlappt.

Koenig u. Larson (2001) fassten in einem Übersichtsartikel die Ergebnisse von 850 Studien zu religiösen Überzeugungen und Gesundheit zusammen. Achtzig Prozent der Studien zum Zusammenhang zwischen religiösen Überzeugungen bzw. Praktiken und Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden wiesen einen positiven Korrelationskoeffizienten auf. In annähernd zwei Dritteln aller Studien zur Beziehung zwischen Religiosität und Depressions- oder Angstwerten fanden sich negative Korrelationen. Das Spektrum an Studien, die eine Auswirkung von Spiritualität und Religiosität nicht nur auf die Krankheitsverarbeitung und das seelische Wohlbefinden, sondern auch auf

körperliche Prozesse untersuchen, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dabei wurden positive Wirkungen auf eine Reihe von körperlichen Funktionen (Blutfette, Blutdruck, Immunsystem) und die Lebenserwartung gefunden (Ostermann & Büsing, 2007). Kritisch äußern sich Sloan, Bagiella und Powell (2001) zu den häufig zitierten Belegen für das gesundheitsfördernde Potential von Spiritualität insbesondere in Hinblick auf körperliche Krankheit. Menschen mit starkem Glauben seien von ihrem Verhaltenskodex her verpflichtet, „gesund“ zu leben, d.h. wenig oder nicht zu rauchen, nicht oder mäßig zu trinken, mäßig zu essen und sich sexuell zurückzuhalten. Während für körperliche Erkrankungen die empirischen Belege diese kritische Betrachtungsweise eher stützen, konnte in vielfältigen Untersuchungen gezeigt werden, dass Spiritualität das psychische Wohlbefinden steigert und vor alltäglichem Stress schützt (Bucher, 2007).

Welcher Art nun diese Beziehung zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und psychischer bzw. körperliche Gesundheit ist, ist noch weitgehend offen. Das heißt, es ist noch relativ ungeklärt, ob religiöse Aktivität spezifische psychische Prozesse anregt bzw. beinhaltet, die nicht durch von der Religiosität unabhängige Prozesse (wie z. B. Optimismus, Hoffnung, Achtsamkeit, soziale Unterstützung, Kohärenzsinn) erklärt werden können (Pohl, 2005).

Wir verstehen im Kontext eines gesunden Lebensstils Spiritualität als Sinngebung, also einen innerseelischen Vorgang, der durch bewusstes und konkretes Denken entwickelt wird und der sich an den realen Gegebenheiten der eigenen Lebenssituation orientiert (Hartmann, S.207). Sinngebung kann so im weiteren Sinne verstanden werden als übergeordnetes Lebensziel, das eine bewusste Lebenshaltung ausdrückt, aber auch ganz konkret als Anerkennung und Würdigung der eigenen Person. Also die Tatsache wie der einzelne mit sich selbst umgeht und die Anerkennung der eigenen Person entwickelt und pflegt.

Schluss

Wer nicht raucht, übermäßigen Alkoholkonsum vermeidet, Sport treibt, auf ausgewogene Ernährung achtet und ausreichend schläft, verhält sich nach vielen Untersuchungen gesundheitsbewusst. Damit konstituiert sich aber – wie gezeigt wurde – noch kein gesundheitsbezogener Lebensstil. Ein gesundheitsbezogener Lebensstil umfasst wesentlich mehr Komponenten, wobei jeweils präventive und ressourcenorientierte Auswirkungen beachtet werden sollten. Über Ernährung und Bewegung hinaus sind die Regulation von Aktivierung und Emotionalität, die Fähigkeit Probleme und Konflikte zu lösen

und dem Leben Ziele und Sinn zu geben, entscheiden für einen gesunden Lebensstil.

Ein gesunder Lebensstil wird nach Buccheri, Winkler & Soldner (2005, S. 5) dort angestrebt, wo er wichtig wird, um leistungs- und arbeitsfähig zu sein, aber auch um befriedigende soziale Beziehungen aufbauen und erhalten zu können und um kreativ schöpferisch aktiv sein und um kulturelle Werte erleben und verwirklichen zu können.

Ein gesunder Lebensstil umfasst also mehr als die Vermeidung schädlichen Verhaltens, sondern er hängt von positiven Werten und ihrer Verwirklichung ab, von individuellen Ressourcen und von einem "sense of coherence", in den Worten von Antonovsky, dass *"wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre"*, (Antonovsky, 1997, S.35).

Gesundheitsförderung muss daher versuchen, Bedingungen zu schaffen, unter denen bei möglichst vielen Menschen eine positive Motivation für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils nachhaltig entsteht.

Medizin als Krankheitsbekämpfung stellt nach Buccheri, Winkler & Soldner (2005) die intelligente Intervention durch technische z.B. operative Verfahren, Arzneimittel und Impfstoffe in den Mittelpunkt. Medizin als Gesundheitsförderung wird vorrangig die Selbstregulation, die individuelle Eigenaktivität jedes einzelnen Menschen fördern. Die Motivation der Menschen einen aktiven, gesundheitsfördernden Lebensstil zu entwickeln, ist für ihren Erfolg entscheidend. Die Gesundheitspädagogik stellt hierfür ein reiches didaktisch-methodisch Instrumentarium zur Verfügung, denn wer Gesundheit fördern will, muss anders kommunizieren, muss anderes erfassen und verstehen können als derjenige, der sich auf Krankheitsbekämpfung spezialisiert. Für eine Förderung eines gesunden Lebensstils sind *„die seelische, soziale und geistige Entwicklung des Menschen, die mit seinem Alter verknüpften Aufgaben, Chancen und Probleme, seine körperlichen, seelischen und geistigen Ressourcen entscheidend“* (Buccheri, Winkler & Soldner, 2005, S. 7).

Literatur

- Abel, T. (1992). Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. *Prävention*, 15, 123-128.
- Abel, T. (1999). Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros & M. Haour-Knipe. (Hrsg.), *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft* (S. 43-61). Zürich: Seismo.
- Abel, T. & Bruhin, E. (2003). Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Vierte und erweiterte Auflage, Schwabenheim a. d. Selz.
- Abel, T. & Walter, E. (2002). Individuelles Verhalten und soziale Verantwortung für Gesundheit: Anmerkungen zur Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung. In P. Heusser (Hrsg.), *Gesundheitsförderung – Eine neue Zeitforderung* (S. 31-42). Frankfurt/M.: Peter Lang AG.
- Abel, T., Abraham, A., Sommerhalder, K. (2006). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann, *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 185-198). Wiesbaden.
- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bartsch, S. (2008). *Jugendesskultur: Bedeutung des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2002). „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert“. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 7. Auflage. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245–254.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., and Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843–857.
- Blattner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 67-72.
- Boeing, H., Schienkiewitz, A. (2006). Fettkonsum und Prävention von Krebserkrankungen In Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. *Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten* (S.230-309). Bonn, November 2006. Online Ressource: <http://www.dge.de/leitlinie/> (Zugriff am 17.3.2009)
- Buccheri, C., Winkler, M., Soldner, G. (2005). Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung als gesundheitspolitische Aufgaben der EU. *Der Merkurstab*, 58, 4-7.
- Bucher, A.A. (2007). *Psychologie der Spiritualität*. Handbuch. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Bundesamt für Gesundheit (2006): *Gute Noten für LOVE LIFE – STOP AIDS. spectra. Gesundheitsförderung und Prävention*. 56, 2. Online-Ressource: <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> (Zugriff am 26.5.2009)
- Burla, L., Bucher, S., Abel, T. (2004). Was ist ein gesunder Lebensstil? *Managed Care*, 5, 2004, 5-7.

- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5, 466-75.
- van Dam, R.M., Li, T., Spiegelman, D., Franco, O.H., Hu, F.B. (2008). Combined impact of life-style factors on mortality: prospective cohort study in US women. *British Medical Journal*, 337, 729-745.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2006). Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. Online Ressource: http://www.dge.de/modules.php?name=St&file=w_leitlinien (Zugriff am 19.3.2009)
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 184–189.
- Esch, T. (2002). Gesund im Stress: Der Wandel des Stresskonzeptes und seine Bedeutung für Prävention, Gesundheit und Lebensstil. *Gesundheitswesen*, 64, 73–81.
- Eder, A. (1990). Risikofaktor Einsamkeit. Wien: Springer.
- Everson-Rose, S.A., Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*, Stuttgart.
- Frech, M. (2006). Bericht zur qualitativen Evaluation der Lebenswelten der Sinus Milieus Konsumorientierte Arbeiter, Experimentalisten und Eskapisten. Online-Ressource: http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05470/05779/index.html?lang=de. (Zugriff am 19.3.2009)
- Freidl, W., Stronegger, W.J., & Neuhold, C.H. (2003). Theorie, Methoden, Stichprobe in Stadt Wien (Hrsg.). *Lebensstile in Wien*, S.53-60. Online-Ressource: <http://www.wien.gv.at/who/lebensstile/pdf/gesamt.pdf> (Zugriff am 19.3.2009).
- Gärtner, K., Grünheid, E., Luy, M. (Hrsg.). (2005). *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität – Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gerhards, J., Rössel, J. (2003). *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hartmann, M.S. (1991). *Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen*. München: Pfeiffer.
- Hayn, D., Schultz, I. (2004). Ernährung und Lebensstile in der sozial-ökologischen Forschung – Einsichten in die motivationalen Hintergründe des alltäglichen Ernährungshandelns. In Bundesamt für Naturschutz (Hrsg.), *Ernährungskultur: Land(wirtschaft, Ernährung und Gesellschaft*. 26. Wissenschaftliche Jahrestagung der AGEV. BfN-Skripten, Nr. 123, (S. 54-65). Online Ressource: <http://www.iso.de/literat/artikel/agev.htm> (Zugriff am 19.3.2009).
- Heindl, I. (2005): Perspektiven einer ästhetisch-kulturellen Ernährungs- und Gesundheitsbildung – Intelligenz in den Sinnen. In D. von Engelhardt und R. Wild (Hrsg.), *Geschmackskulturen – Vom Dialog der Sinne beim Essen und Trinken*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Heindl, I. (2006). Gesundheitswissenschaftliche Fundierung der Ernährungsbildung im Forschungsprojekt Revis. *Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung*, 6. Universität Paderborn. Online Ressource: www.ernaehrung-und-verbraucherbildung.de/

docs/06_2005-Gesundheitswissenschaft_REVIS.pdf. (Zugriff am 19.3.2008).

Heindl, I. (2007). Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42. Online Ressource: <http://www.bundestag.de/dasparlament/2007/42/Beilage/005.html> (Zugriff am 19.3.2009).

Hemingway, H., Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic overview of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460–1467.

Hill-Briggs, F, Gemmell, L. (2007). Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Education*, 33, 1032-1050.

Holahan, C. J., and Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946–955.

Hradil, S. (2006). Was prägt das Gesundheitsrisiko? Schicht, Lage, Lebensstil. In M. Richter, K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte* (S. 33-52). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.

Kallus, K.W., Uhlig, Th. (2001). Erholungsforschung: Neue Perspektiven zum Verständnis von Stress. In R. K. Silbereisen, M. Reitzle (Hrsg.), *Psychologie 2000. Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000* (S. 364-379). Lengerich: Pabst.

Kickbusch, I, Maag, D., Saan, H. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. Online Ressource: http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein_2005.pdf

Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: Soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107-122). Berlin: Springer.

Kluge, S., Boeing, H. (2004). Beitrag der Ernährung zur Primärprävention in der Onkologie. *Onkologie* 2004; 10, 139-47.

Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S.331-349). Göttingen: Hogrefe.

Knoops, K.T., de Groot, L.C., Kromhout, D., Perrin, A.E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., van Staveren, W.A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1433-1439.

Khaw, K.T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Medicine*, 8;5(1):e12.

Ladwig, A., Gisbert K. & Wörz, T. (2001). Kleine Kinder – starke Kämpfer! Resilienz-förderung im Kindergarten. In *Theorie und Praxis der Sozialpädagogik*, 4, 43 – 48.

Lamprecht, M., Stamm, H. (1999). Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros, M. Haour-Knipe (Hrsg.), *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Beiträge zur Soziologie der Gesundheit* (S. 62-85). Zürich: Seismo.

Lippke, S. & Vögele, C. (2006). Sport und Körperliche Aktivität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 195-216). Berlin: Springer.

- Lorig KR, Holman H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 6, 1-7.
- Luy, M., Di Giulio, P. (2005). Der Einfluss von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf die Mortalitätsdifferenzen der Geschlechter. In K. Gärtner, E. Grünheid, M. Luy (Hrsg.), *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität – Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB* (S. 365–392). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- McCrae, R. R., and Costa, P. T., Jr. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385–405.
- Myint, P.K., Luben, R.N., Wareham, N.J., Bingham, S.A., Khaw, K.T. (2009). Combined effect of health behaviours and risk of first ever stroke in 20,040 men and women over 11 years' follow-up in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): prospective population study. *British Medical Journal*, 338, b349. Online Ressource: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=19228771> (Zugriff am 19.3.2009).
- Ornish, D., Brown S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H. (1990). Can life style changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, 336, 129-133.
- Ostermann, T., Büssing, A. (2007). Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse. *Musiktherapeutische Umschau*, 28, 217–230.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettlinger, W., Heath, G. W. & King, A. C. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402–407.
- Penley, J.A., Tomaka, J., Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Pohl, J. (2006). Religiosität und Spiritualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 80-87). Berlin: Springer.
- Pohl, J. & Hammelstein, Ph. (2006). Emotionserleben und Emotionsausdruck. In B. Renneberg & Ph. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 72-79). Berlin: Springer.
- Reker, G.T. (2000). Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning. In G.T. Reker, K. Chamberlain K (eds.), *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span* (pp 39–55). London: Sage Publications.
- Rott, Ch. & Wozniak, D. (2008). Warum leben manche länger. In W. D. Oswald, G. Gatterer, U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*. Bern: Huber.
- Schipperges, H. (2003). *Gesundheit und Gesellschaft: ein historisch-kritisches Panorama*. Heidelberg-Berlin: Springer.
- Siegrist, J. (1995). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2. Beiheft, 54–63.
- Stadler, G., Oettingen, G. & Gollwitzer, P.M. (2005). *Gesundheit beginnt im Kopf*. Hamburg: DAK. Online Ressource: http://www.dak.de/content/filesopen/LISA_Studie_aktuell.pdf

-
- Steinmann, R.M. (2005): Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (2005). Verwitwung: Psychosoziale und gesundheitliche Aspekte. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 261-279). Göttingen: Hogrefe.
- Traue, H.C., Horn, A. & Kessler, H. (2005). Emotion, Emotionsregulation und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Medizinische Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie (S.149-171). Göttingen: Hogrefe.
- Troschke, J. von (1998). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In K. Hurrelmann, U. Laaser (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S.371-393). Weinheim, München: Juventa.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449–469.
- Weber, H. & Vollmann, M. (2005). Gesundheitspsychologie. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und der Differentiellen Psychologie (S. 524-534). Göttingen: Hogrefe.
- Werner, E. E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg), Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S.17-18) Basel: Reinhardt.
- WHO: World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Online Ressource: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. (Zugriff am 14.02.2009)
- WHO (World Health Organization). World Cancer Report. Lyon 2003.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Online Ressource: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=German (Zugriff am 14.2.2009)
- Wolf, C. (2006). Psychosozialer Stress und Gesundheit. Belastungen durch Erwerbsarbeit, Hausarbeit und soziale Beziehungen. In W. Wendt, C. Wolf (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderhefte* Bd. 46. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zwingmann, C. (2004). Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger, (Hrsg.), Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. *Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S.215-238). Münster: Waxmann.

Prävention in Lebenswelten – ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit

Jutta Ommer-Hohl

Ein Modellprojekt der AOK Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg zur handlungsorientierten Gesundheitsförderung in der Primarstufe.

Hintergründe

Um das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern in Deutschland ist es nicht zum Besten bestellt: In Deutschland leidet eine wachsende Zahl von Kindern an Übergewicht. Kinder erkranken immer häufiger an Leiden wie hohem Blutdruck oder Diabetes Typ 2. Wenn wir nicht heute den gesundheitlichen Folgen von mangelnder Bewegung und falscher Ernährung von Kindern vorbeugen, werden die ökonomischen und sozialen Probleme in den nächsten Jahrzehnten überdurchschnittlich zunehmen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig: Veränderte Lebensbedingungen (weniger Bewegung, unausgewogene Ernährung) oftmals gepaart mit nicht adäquaten Möglichkeiten der Gesundheitserziehung für Eltern, Kindergarten und Schule.

Die meisten Kinder wissen heute um die Bedeutung gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung: Laut Ernährungsberichten der DGE in den vergangenen Jahren geben ca. 98 Prozent der 6- bis 8-Jährigen an, man müsse Obst essen, um gesund zu bleiben. 90 Prozent nannten Gemüse. 55 Prozent der 6- bis 12-Jährigen halten den Überfluss an Süßigkeiten für die Ursache von Übergewicht. 34 Prozent sehen mangelnde Bewegung als Grund.

Doch dieses Wissen ist in der Regel nicht handlungsleitend: Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern ist oftmals geprägt von Widersprüchen zwischen Wissen und Handeln, Kopf und Bauch.

Neue Wege zur Gesundheit

Vor diesem Hintergrund war die AOK Baden-Württemberg Initiator und Impulsgeber für ein neues Konzept der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung, das seit November 2005 gemeinsam mit dem Kultusministerium in Baden-Württemberg umgesetzt wird.

„ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“

Kinder sind neugierig – kleine Wissenschaftler, die viel ausprobieren, experimentieren und „be-greifen“ möchten. Sie wollen wissen wie der eigene Körper funktioniert, was er braucht und was ihm guttut. Mit „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ wird die Gesundheitsbildung bereits im Setting Schule verankert – jedoch nicht mit erhobenem Zeigefinger, sondern handlungsorientiert und alltagsnah. Die Verbindung von Ernährung und Bewegung sowie das individuelle „Be-greifen“ der Kinder stehen dabei im Zentrum. Die handlungsleitende Methode: Kinder sollen durch eigenes Experimentieren und Ausprobieren selbst die Antworten auf ihre Fragen finden und so die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Bewegung am eigenen Körper erfahren und verstehen.

Im Hinblick auf eine gesunde Lebensführung, um die Zunahme von übergewichtigen Kindern durch Bewegungsmangel und falsche Ernährung zu verhindern, zielt „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ auf eine interdisziplinäre Gesundheitsbildung und auf eine konstruktive, altersgerechte Auseinandersetzung mit Ernährungs- und Bewegungsthemen ab.

ScienceKids bietet das Potenzial, Gesundheitsbildung in der Schule zu etablieren: als erlebnisorientierte und praktisch erfahrbare Lernformen. Dieses Potenzial zu nutzen haben sich das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg und die AOK Baden-Württemberg zur gemeinsamen Aufgabe gemacht und setzen sich zusammen für den Erfolg dieses Projektes ein. Mit den praxisorientierten ScienceKids Lehr- und Lernmaterialien werden die Forderungen und Ziele des Bildungsplans Baden-Württemberg konsequent umgesetzt.

Attraktiver Schulalltag

Der baden-württembergische Bildungsplan skizziert seit 2004, insbesondere in den Fächerverbünden „Bewegung, Sport und Spiel“ und „Mensch, Natur und Kultur“ neue Anforderungen für den schulischen Unterricht. Kompetenzerwerb und Erfahrungsbezug, sinnliche Wahrnehmung und Alltagsorientierung sollen Schule und Lernen für Lehrer und Schüler gleichermaßen attraktiv machen.

Passgenau entwickelt

Die Lehr- und Lernmaterialien – bestehend aus 2 Handreichungen und einem transportablen MiniLab – sind passgenau auf die Bildungspläne für Grund-

schulen in Baden-Württemberg abgestimmt. Die Lernbausteine sind aktions- und handlungsorientierte Angebote. Ihr modularer Aufbau eignet sich für den Regelunterricht in der Grund- und Hauptschule sowie der Sonderschule (Primarstufe) und ermöglicht die Ausrichtung und Gestaltung von Projekttagen, Themenwochen oder Betreuungsangeboten im Rahmen der Ganztagschule.

Wissenschaftliche Expertise

Ein interdisziplinäres Team aus Wissenschaftlern und Studierenden der PH Heidelberg, dem Forschungszentrum für Schulsport und dem Sport von Kindern und Jugendlichen (FoSS) an der Universität Karlsruhe (TH) und der Universität Konstanz hat auf Basis von Kinderfragen die Materialien mit Experimenten und Versuchen zu den zentralen Themenknoten aus der Ernährung und Bewegung (Anatomie & Physiologie, Energie & Energiewandel, Wasser & Wirkstoffe, Sinne & Wahrnehmung, Lebensmittel herstellen & genießen) entwickelt. Die wissenschaftliche Evaluation der Pilotphase zeigt deutliche Wissenszuwächse bei den Kindern und eine große Akzeptanz der Lehrmaterialien bei den Lehrkräften.

Blick in die Schulpraxis

„... Die Klassenzimmer sind nicht wiederzuerkennen: Hier baut die Bananengruppe ein Skelett aus einzelnen Knochen zusammen, dort bemalt die Apfelgruppe einem Sechstklässler mit Fingerfarben ein Skelett auf seinen Körper. „Darf ich auch mal probieren?“ fragt ein neugieriger Lehrer, der gerade beobachtet wie die Tomatengruppe konzentriert mit geschlossenen Augen braune und frisch geschnittene Apfelschnitze miteinander vergleicht. „Erst, wenn die Hände gewaschen sind!“ antwortet einer der Schüler. ...“ In der Kirbachschule in Hohenhaslach sind die Kinder restlos begeistert vom ScienceKids-Projekt. Hier waren als Schülermentoren auch die Klassenstufen 5 und 6 in die Durchführung mit eingebunden.

Nachhaltig verankert

AOK und Kultusministerium Baden-Württemberg haben ein gemeinsames Fortbildungskonzept für Lehrkräfte entwickelt. Ab dem Schuljahr 2008/2009 bieten 48 ScienceKids-Multiplikatoren in den 24 Anlaufstellen für Fortbildung und Beratung des Kultusministeriums eintägige Schulungen für Lehrkräfte und Schulen an.

Georg Wacker, Staatssekretär im Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg hat die Schirmherrschaft für das Projekt „ScienceKids:

Kinder entdecken Gesundheit" übernommen. Ein Netzwerk mit Partnern aus Wissenschaft, Forschung, Bildung und Medien unterstützt das Projekt.

Ausgezeichnet

Das Projekt „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ wurde mit dem 2. Platz beim Deutschen Innovationspreis für nachhaltige Bildung ausgezeichnet und erhielt im Juli 2008 den von der Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT! verliehenen Gesundheitspreis. Darüber hinaus erhielt ScienceKids von der Initiative „Deutschland – Land der Ideen“ die Auszeichnung als „ausgewählter Ort“.

www.sciencekids.de

Die Internetseite bietet Wissen, Information und Kommunikation in einem: Das *Magazin* veröffentlicht 5x jährlich redaktionelle Beiträge, Reportagen und Interviews zur Projektpraxis sowie den aktuellen Debatten in den Bereichen Wissenschaft, Ernährung und Bewegung. Das *Projekt* stellt den wissenschaftlichen Ansatz, die Einbettung in den Baden-Württembergischen Bildungsplan sowie die Meilensteine von „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ vor. Darüber hinaus finden Lehrkräfte alle Informationen und Ansprechpartner zu Lehrmaterialien, Fortbildung sowie Service der AOK vor Ort. Die *Online-Mitmachwerkstatt* ist die Plattform für Austausch und Kommunikation zwischen den Lehrkräften. Hier können aktive Lehrerinnen und Lehrer ihre Erfahrungen mit ScienceKids teilen, ihre eigenen Praxistipps einstellen und in einem Forum über aktuelle Debatten diskutieren.

Service und Unterstützung durch die AOK Baden-Württemberg vor Ort

Die Fachkräfte in den AOK Bezirksdirektionen in Baden-Württemberg unterstützen an ScienceKids interessierte Lehrkräfte, indem sie über Ansätze und Hintergründe des Projekts informieren und entsprechende Infomaterialien zur Verfügung stellen, das Projekt auf Elternabenden vorstellen, Schulen aktiv bei der Durchführung unterstützen, Kontakte zu Partnern vor Ort bereitstellen und das ScienceKids-MiniLab zur Probe verleihen.

Weitere Informationen, Bezugsadressen und Kontaktdaten zu ScienceKids unter www.sciencekids.de.

Wie Kinder ihre Eltern erziehen – Kann Schule die Ernährung zu Hause verändern?

Mareen Molderings

Einführung

- „Wie Kinder ihre Eltern erziehen – Kann Schule die Ernährung zu Hause verändern?“ -

Diese Fragestellung wird näher beleuchtet, indem u. a. zwei Studien vorgestellt werden, die verschiedene schulische Interventionsansätze hinsichtlich einer Veränderung des Ernährungsverhaltens von Grundschulkindern überprüften. Dabei spielt die Einbeziehung der Eltern eine besondere Rolle.

Im Folgenden werden zunächst eine kurze theoretische Einführung zum Ernährungszustand von Kindern und den Einflussfaktoren eines Ernährungsverhaltens gegeben sowie die vorliegende Forschungsarbeit kurz begründet. Daran schließt ein Überblick hinsichtlich der zwei vorliegenden Teilstudien und ihrer Zielsetzung an. Weiterhin werden dann die wichtigsten methodischen Vorgehensweisen und Ergebnisse der einzelnen Studien präsentiert, kritische Fazite gezogen sowie sich daraus ergebende pädagogisch-didaktische Empfehlungen resümierend abgeleitet.

Ernährungssituation von Grundschulkindern

Die Relevanz der vorliegenden Forschungsarbeit wird deutlich, wenn man die Ernährungssituation von Grundschulkindern näher betrachtet. Bezüglich des Ernährungsverhaltens wird u. a. von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sowie dem Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund vielfach konstatiert, dass sich dieses, ähnlich wie das der Erwachsenen, durch eine zu hohen Fett-, Zucker- und Proteinzufuhr auszeichnet, während der Verzehr von komplexen Kohlenhydraten sowie Ballaststoffen zu gering ist. Ebenso werden die Empfehlungen hinsichtlich der Flüssigkeitszufuhr nicht erreicht (vgl. u. a. DGE 2004; Kersting et al., 2004). Der Ernährungszustand ermöglicht weiterhin einen ergänzenden Einblick in die Ernährungssituation von Grundschulkindern. Nach der neuesten Studie des Robert-Koch-Instituts sind ca. 15 % der Kinder im Grundschulalter in Deutschland übergewichtig. Adipositas, die meist mit einer deutlichen Beeinflussung der Gesundheit verbunden ist, liegt bei ca. 6 % der Grundschulkindern vor (vgl. Robert-Koch-Institut, 2006).

Dieser kurze Einblick in die derzeitige Ernährungssituation der Grundschulkinder deutet bereits auf die Notwendigkeit einer Ernährungserziehung hin, die mit dem Ziel einer Verbesserung des Ernährungsverhaltens verbunden sein sollte. Die Betrachtung des Ernährungsverhaltens ist auch deshalb von entscheidender Bedeutung, da es das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Kinder entscheidend mitbestimmt (vgl. Koletzko, Toschke & von Kries, 2004; DGE, 2000).

Einflüsse auf das Ernährungsverhalten

Familie

Die Versorgung mit Lebensmitteln und die damit verbundene Auswahl der Lebensmittel, die durch wirtschaftliche Verhältnisse beeinflusst sind, erfolgen über die Familie und den Haushalt. Die Familie trägt in diesem Rahmen insbesondere dazu bei, dass Ernährungsgewohnheiten, -einstellungen und -wissen an die Kinder weitergegeben werden. Für die Entwicklung des Kindes ist die Familie von grundlegender Bedeutung, in der sich die Kinder in tätiger Auseinandersetzung vielfältige Kompetenzen aneignen. Die Familie fungiert als zentraler Erfahrungsraum und als wichtiges Lernfeld für das Kind (vgl. u. a. Abt, 1993; Oltersdorf, 1995; Diedrichsen, 1995).

Im Kindesalter kommt der Familie bei der Vermittlung von Ernährungsgewohnheiten, Werten und Einstellungen bezüglich der Ernährung die größte Bedeutung zu. Dabei nehmen nicht nur die Eltern Einfluss auf das Ernährungsverhalten des Kindes, sondern auch Geschwister, Großeltern und andere im Haushalt des Kindes lebende Personen. Gemeinsame Mahlzeiten, wie z. B. das Frühstück, sind für alle Familienmitglieder wichtige Kommunikationszeiten, mit denen Sozialisationsprozesse und die Vermittlung von Ästhetik verbunden sind (vgl. u. a. Diedrichsen, 1993; Koscielny, 1983; Brombach, 2001).

Im Zusammenhang mit der Ernährungserziehung in der Familie geht man davon aus, dass das Verhalten der Eltern bzw. der Erziehungsstil wesentlich für das kindliche Ernährungsverhalten ist. Mithilfe der Erziehungsstilforschung lassen sich fünf zentrale, lenkende Verhaltensdimensionen der Eltern für die Ernährung des Kindes beschreiben:

1. Lebensmittelmenge beeinflussen
2. Vielfalt des Lebensmittelangebots regeln
3. Sich-Ernähren vorleben
4. Esswünsche und Signale des Kindes beachten
5. Konflikte mit Lebensmitteln lösen

Letztlich bestimmen die Eltern durch ihr Verhalten in diesen 5 Bereichen mit, wie sich ein bedürfnis- und bedarfsgerechtes selbstständiges Ernährungsverhalten ihres Kindes entwickelt (vgl. Hassel, 1996).

In verschiedenen Studien, z. B. der von Phillips (2004) konnte herausgefunden werden, dass zwischen der Einstellung sowie des Verhaltens der Eltern bezüglich einer gesunden Ernährung und der ihrer Kinder ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Weitere Studien belegen, dass trotz sich wandelnder Rollenverteilungen im Haushalt immer noch die Mütter einen starken Einfluss auf das familiäre Ernährungsverhalten ausüben und einen hohen Entscheidungseinfluss bezüglich der Lebensmittelauswahl besitzen (vgl. u. a. DGE, 2004; Brombach, 2001). Dabei zeigt sich die Beteiligung der Frau an der Ernährungsversorgung der Familie unabhängig von der Berufstätigkeit. Dass ebenfalls die Familie bzw. die Eltern eine große Rolle bei der Zubereitung der Mahlzeiten spielen, bestätigt auch eine Untersuchung von Heyer (1997), nach der ca. 80 % der Eltern das Frühstück ihrer Kinder im Grundschulalter zubereiten. Auch Birch & Fisher (1998) machen darauf aufmerksam, dass weniger die Kinder als vielmehr ihre Eltern die Entscheidung bezüglich der Auswahl und Zubereitung von Lebensmitteln bestimmen.

Einschränkend kann man hier anmerken, dass diese Einflussnahme, die indirekt durch den Einkauf und direkt durch die Verteilung und Zubereitung erfolgt, von Wünschen der weiteren Haushaltsmitglieder abhängig ist. Einflüsse diesseits dürfen trotz der hohen Einflussnahme der Mutter nicht vernachlässigt werden.

Obwohl der Einfluss der Kinder und der weiteren Familienmitglieder nicht unberücksichtigt bleiben darf, besteht in vielen Fällen eine Diskrepanz zwischen den Wünschen der Kinder und dem tatsächlichen Frühstück, welches die Kinder durch die Mütter erhalten. Dabei erhalten die Kinder einerseits, trotz des Wunsches nach ernährungsphysiologisch ungünstigen Lebensmitteln, oftmals eher Lebensmittel, die gesundheitsförderlichen Ansprüchen genügen. Andererseits werden auch ungünstig zu bewertende Lebensmittel (z. B. Nuss-Nougat-Creme, Weißbrot) zubereitet oder angeboten, obwohl die Kinder dies nicht wünschen. Dies deutet des Weiteren auf eine Bestimmung des Frühstücks durch die Mutter oder die Eltern hin (vgl. DGE, 1984).

Sozioökonomische Faktoren

Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren ist angesichts der Tatsache, dass die Ernährung des Menschen wie kaum ein anderer Bereich des Lebens sozial und kulturell geprägt ist, ebenfalls von besonderer Bedeutung. Kulturelle Übereinkünfte sowie soziale Normierungen bestimmen die Zubereitung und Verarbeitung der Lebensmittel sowie die Einnahme dieser in ihrer gesellschaftlichen Ausgestaltung (vgl. Barlösius, 1999).

Im Zusammenhang mit dem Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf das Ernährungsverhalten werden häufig das Einkommen sowie die Schulbildung der Eltern angeführt. Hinsichtlich der Haushalte mit niedrigem Einkommen kann ein signifikant geringerer Einkauf von Obst und Gemüse beobachtet werden, der mit einem höheren Verzehr von fettreichen Lebensmitteln verbunden ist als bei höherem Haushaltseinkommen. Biologisch angebaute Lebensmittel werden des Weiteren eher von Haushalten mit höherem Einkommen und sozialem Status bevorzugt als von Haushalten mit niedrigem Einkommen (vgl. Bayer, Kutsch & Ohly, 1999; Reinher et al., 2004; Danielzik et al., 2004; Kolip, 2004). Ein weiterer Aspekt der sozioökonomischen Einflussnahme auf das Ernährungsverhalten des Kindes, welche durch empirische Studien abgesichert wurde, ist das Bildungsniveau der Mutter. Danach nimmt die Qualität der Ernährung bei steigendem Bildungsniveau der Mutter zu (vgl. Diehl, 1980). In einer Studie von Herde & Schäfer (2006) zeigte sich z. B., dass Eltern bzw. Mütter mit einem hohen Bildungsniveau signifikant häufiger Produkte aus ökologischem Anbau bevorzugten als die Eltern bzw. Mütter mit einem mittleren oder niedrigen Bildungsgrad. Demnach werden Lebensmittelqualitätskriterien von Eltern mit einem höheren Bildungsniveau stärker berücksichtigt als von Eltern mit einem geringeren Bildungsniveau.

Sozialisationsfelder der Ernährungserziehung

Hinsichtlich der Ernährungserziehung nehmen, neben der Peer-Group und der Werbung, insbesondere zwei Sozialisationsinstanzen eine wichtige Funktion ein: Die Schule auf der einen Seite sowie die Familie auf der anderen Seite. Letztere wurde zuvor eingehender betrachtet. Während die Schule eine systematische Ernährungserziehung sowie die Erreichung vieler Kinder einer Altersgruppe ermöglicht und immer wieder als geeignete Institution der Ernährungserziehung angegeben wird, stellt die Familie ein ergänzendes zentrales Erfahrungs- und Lernfeld der Kinder dar, in dem ernährungsbezogene Einstellungen, Normen, Werte und Gewohnheiten maßgeblich mitbestimmt werden (vgl. Jerusalem, 2005; Diedrichsen, 1995) (s. auch Abb. 1).

Da die Manifestation eines Ernährungsverhaltens und seiner -gewohnheiten früh einsetzt und im Kindesalter maßgeblich von der Familie bestimmt wird, begründet sich eine schulische Ernährungserziehung bereits im Grundschulalter unter Einbezug der Eltern (vgl. ebd.; Pohlabeln, Strube, Bosche & Pigeot, 2004; Hesecker & Beer, 2004; Böhles, 1999).

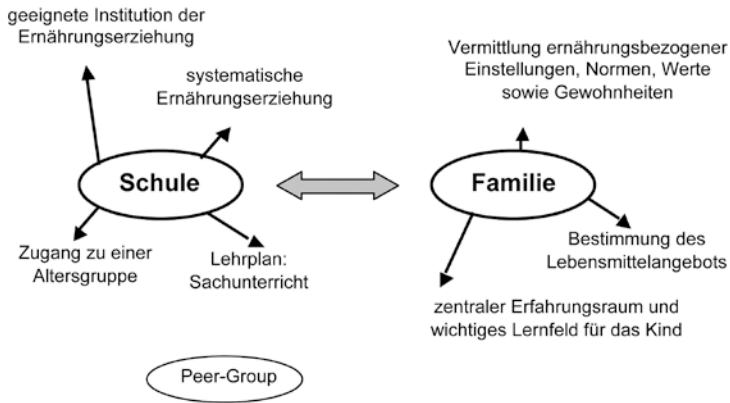


Abb. 1: Bedeutende Sozialisationsfelder der Ernährungserziehung

Ziele der vorliegenden Untersuchungen

Die vorliegende Forschungsarbeit setzt an der Notwendigkeit dieser schulischen Ernährungserziehung an, indem sie die übergreifende Zielsetzung verfolgte, verschiedene methodisch-didaktische Ansätze hinsichtlich einer Veränderung des Ernährungsverhaltens von Grundschulkindern zu evaluieren. Die vorliegende Untersuchung gliedert sich dabei in zwei Teilstudien, die die Effektivität verschiedener didaktischer Ansätze im Rahmen der ersten beiden Grundschuljahre empirisch überprüfte. In der Teilstudie A war dies die alleinige Wirksamkeit der Elterneinbeziehung, in der Teilstudie B die Elterneinbeziehung, die Einbeziehung der Schülerinnen und Schüler über einen Ernährungsunterricht sowie der Einsatz eines Zielvereinbarungsverfahrens. Die thematische Schwerpunktsetzung dieser Studien betraf das Schulfrühstück. Die zugrunde liegenden Ansätze sind in dieser Form, besonders hinsichtlich des Zielvereinbarungsverfahrens bisher noch nicht und hinsichtlich der Elterneinbeziehung nicht hinreichend empirisch überprüft worden. Ein Ziel war darüber hinaus die Entwicklung qualitätsgesicherter Unterrichtsmaterialien für die Ernährungserziehung der Primarstufe. Dies begründet sich dadurch,

dass zwar viele Unterrichtsmaterialien vorliegen, aber eine Überprüfung der Effektivität dieser bisher weitgehend fehlt (vgl. Molderings, 2007).

Methodik (Studie A: Elterneinbeziehung)

Die Teilstudie A verfolgte die Absicht, die alleinige Wirksamkeit einer Elterneinbeziehung hinsichtlich einer Veränderung des Ernährungsverhaltens der Schülerinnen und Schüler zu überprüfen. Die Einbeziehung der Eltern erfolgte dabei über einen pädagogischen Elternabend zum Thema Schulfrühstück, der an dem Gruppenarbeitskonzept der themenzentrierten Interaktion angelehnt war und sich besonders durch einen gleichberechtigten Umgang miteinander, durch Handlungsorientierung sowie eine Themenbearbeitung in Kleingruppen auszeichnete. Als Messgröße der Verhaltensveränderung diente das Schulfrühstück der Schülerinnen und Schüler, das in einem Prä-/Posttest-Design über jeweils eine Woche von geschulten Mitarbeitern mithilfe eines standardisierten Anamnesebogens objektiv erfasst wurde. In die Untersuchung wurden 12 erste und zweite Schuljahre mit insgesamt 289 Schülerinnen und Schülern einbezogen.

Beispielhafte Ergebnisse der Intervention (Studie A: Elterneinbeziehung)

Die Ergebnisse bezüglich der Teilnahme der Eltern am Elternabend zeigten, dass nur ca. 40 % der Eltern dieses schulische Angebot wahrnahmen. Somit konnten 111 Schülerinnen mit einer Beteiligung der Eltern am Elternabend mit 178 Schülerinnen ohne eine Beteiligung der Eltern hinsichtlich einer Veränderung ihres Schulfrühstückverhaltens verglichen werden. Die Ergebnisse der zweifaktoriellen univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung ergeben, dass die Schülerinnen und Schüler mit einer Elternbeteiligung ihr Schulfrühstück hinsichtlich unterschiedlicher Lebensmittel signifikant verbessern können, während die Schülerinnen und Schüler ohne eine Elternbeteiligung keine signifikanten Veränderungen nach der Intervention aufweisen. Dieses Ergebnis spiegelt die häufig von Lehren formulierten Erfahrungen wider, nur lediglich einen geringen Teil der Eltern über einen Elternabend erreichen zu können (vgl. Molderings, 2007).

Die Betrachtung der sog. wünschenswerten Lebensmittelgruppe, die alle als ernährungsphysiologisch günstig zu beurteilenden Frühstückslebensmittel umfasst, zeigt, dass die Schülerinnen und Schüler mit einer Elternbeteiligung ihr Schulfrühstück hochsignifikant nach der Intervention bzw. durch den Einbezug der Eltern verbessern konnten (vgl. Abb. 2).

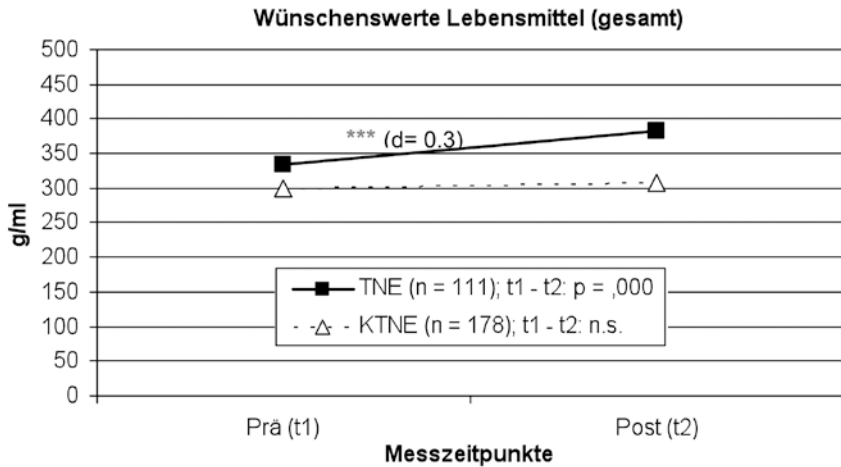


Abb. 2: Veränderung des Verzehrs „Wünschenswerter Lebensmittel (gesamt)“

(*p ≤ ,05 (signifikant); **p ≤ ,01 (sehr signifikant); ***p ≤ ,001 (hochsignifikant); TN: Teilnahme am Elternabend; KTN: Keine Teilnahme am Elternabend; n. s.: nicht signifikant; d: Effektstärkenmaß nach Cohen

Neben der Ermittlung der Signifikanz wurden alle ermittelten Interventions-effekte auch auf ihre praktische Bedeutsamkeit mithilfe der Berechnung des Effektstärkenmaßes d nach Cohen hin überprüft, dessen Ergebnis hier jeweils zusätzlich dargestellt ist. Das Effektstärkenmaß ermöglicht eine von der Stichprobengröße unabhängige Aussage, die bei der Signifikanzprüfung nicht gegeben ist. Mit der Berechnung der Signifikanz ist nur eine Einschätzung der Irrtumswahrscheinlichkeit verbunden, die keine Aussage zur Höhe des Effekts zulässt, während mit der Berechnung der Effektstärken eine gesicherte Interpretation bezüglich der praktischen Bedeutsamkeit einer Veränderung getroffen werden kann. Nach Rost (2005) gilt ein Wert ab 0,2 als praktisch bedeutsam. Im vorliegenden Fall kann dies für alle Interventionseffekte bestätigt werden. Auch hinsichtlich der nicht wünschenswerten Lebensmittel konnte eine sehr signifikante und praktisch bedeutsame Verbesserung des Schulfrühstücks durch die Intervention erreicht werden (vgl. Abb. 3).

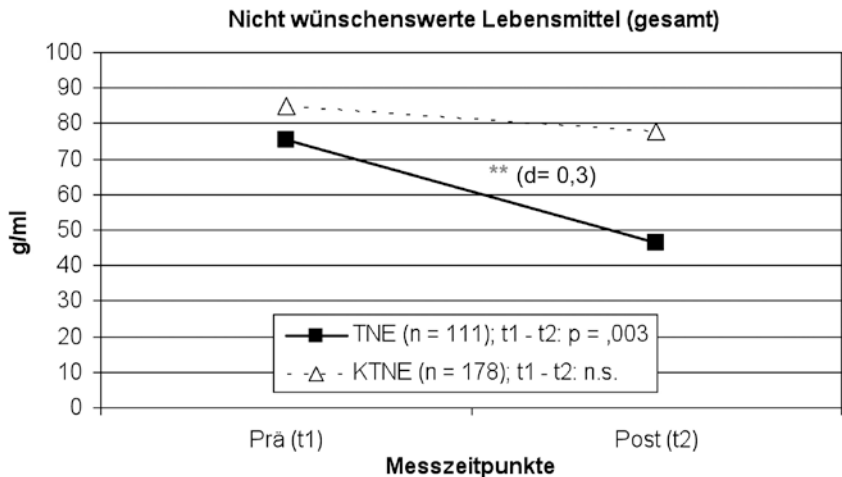


Abb. 3: Veränderung des Verzehrs „Nicht wünschenswerter Lebensmittel (gesamt)“

(*p ≤ ,05 (signifikant); **p ≤ ,01 (sehr signifikant); ***p ≤ ,001 (hochsignifikant); TN: Teilnahme am Elternabend; KTN: Keine Teilnahme am Elternabend; n. s.: nicht signifikant; d: Effektstärkenmaß nach Cohen

Methodik (Studie B: Elterneinbeziehung, Stationenlernen, Zielvereinbarung)

Da nur ein geringer Teil der Eltern über die Intervention „Elternabend“ erreicht werden konnte, wurde daher im zweiten Teil der Studie nach didaktischen Ansätzen gesucht, die auch die Schülerinnen und Schüler wirksam hinsichtlich einer Verhaltensveränderung erreichen, die bisher nicht über einen Elternabend erreicht werden konnten. Neben dem bereits bewährten Elternabend der ersten Teilstudie wurde somit die Intervention durch einen Ernährungsunterricht ergänzt, der der methodischen Gestaltung des Stationenlernens entspricht und eine Förderung der eigenverantwortlichen, qualitätsorientierten Beurteilungsfähigkeit in Bezug auf das Frühstücksverhalten der Schülerinnen und Schüler durch eine Verbraucherbildung anstrebte.

Der Ernährungsunterricht zielte auf die Schulung der Schülerinnen und Schüler hinsichtlich einer Qualitätsbeurteilung des Schulfrühstücks ab. Diese beinhaltete sowohl eine Wissensvermittlung in Bezug auf die ernährungsphysiologisch empfehlenswerten Bestandteile eines Frühstücks als auch eine

Förderung der Handlungs- und Reflexionsfähigkeit der Schülerinnen und Schüler. Damit entspricht sie den Forderungen einer nachhaltigen und effektiven Ernährungserziehung. Grundlegender Bestandteil des Stationenlernens ist eine Methode zur eigenen Bewertung des Schulfrühstücks der Schülerinnen und Schüler anhand eines vereinfachten Frühstückskreises (vgl. Abb. 4), der die Hauptbestandteile eines gesunden Frühstücks anschaulich durch vier gleich große Segmente präsentiert. Dieser ist angelehnt an den Lebensmittel- bzw. Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (vgl. aid infodienst & DGE, 2004). Die Reduzierung auf die vier Lebensmittelgruppen kann u. a. dadurch begründet werden, dass die Wahrung eines einfachen und übersichtlichen Verfahrens notwendig war und die fehlenden Lebensmittelgruppen eine mengenmäßig untergeordnete Stellung einnehmen sowie zu den sparsam zu verzehrenden Lebensmitteln gehören.

Unser Frühstückskreis

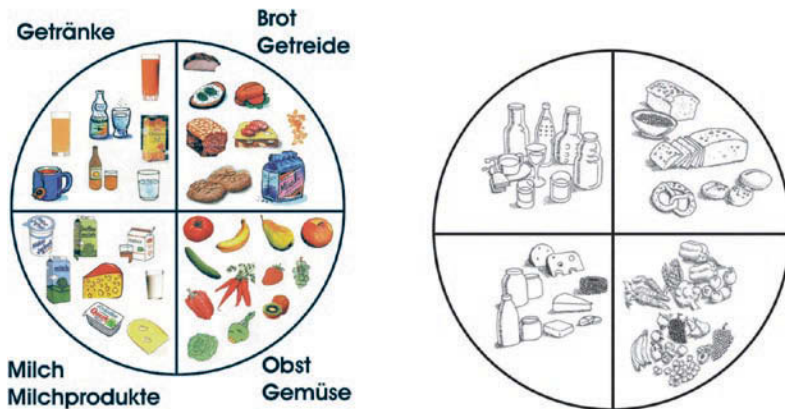



Abb. 4: Vereinfachter Frühstückskreis zur Bewertung

Das Stationenlernen wurde schließlich durch einen dritten Interventionsansatz, dem Zielvereinbarungsverfahren, das inhaltlich an dem Stationenlernen anknüpft, erweitert. Es zeichnet sich insbesondere durch ein Setzen von quantifizierten Zielen und regelmäßigen Zielkontrollen im Klassenverband aus, um eine motivierende Aufrechterhaltung des Ernährungsverhaltens zu erreichen sowie die Mobilisierung von Ressourcen zu unterstützen. Weiterhin war es Ziel dieses goal-setting-Ansatzes, die Kommunikation zwischen Eltern


und Kindern zu Hause zu fördern und somit eine indirekte Elterneinbeziehung zu gewährleisten (vgl. Molderings & Eissing, 2006; Molderings, 2007).


Das Zielvereinbarungsverfahren setzt an dem vereinfachten Bewertungssystem des Stationenlernens an. Nach der Durchführung des Stationenlernens wurden die Schulfrühstücke der Schülerinnen und Schüler an vier aufeinander folgenden Tagen mit Hilfe eines Zielkontrollblattes bzw. Schülerbewertungsbogens (vgl. Abb. 5) überprüft. Die Kriterien zur Punktevergabe wurden im Rahmen des Stationenlernens bereits vermittelt und waren den Schülerinnen und Schülern somit bekannt. Die auf den Schülerbewertungsbogen ermittelten Gesamtwerte der einzelnen Schülerinnen und Schüler wurden in anonymisierter Form auf ein für alle sichtbares Zielkontrollplakat (vgl. Abb. 6) übertragen. Auf der Basis dieser viertägigen Frühstücksbewertung erfolgten eine gemeinsame Zielformulierung im Klassenverband sowie eine Festlegung eines entsprechenden Zielkorridors. Nach der Zielfestlegung wurde die Kontrolle bzw. Bewertung des Schulfrühstücks einmal wöchentlich, an einem vom Klassenlehrer ausgewählten, unangekündigten Tag über ca. ein halbes Jahr hinweg durchgeführt. Nach viermaliger Bewertung erfolgte die Übertragung auf das Zielkontrollplakat und ein gemeinsames Feedbackgespräch im Klassenverband über Zielannäherung, -erreichung oder -korrektur.



Mein Frühstück


Name: _____









Mein Frühstück

Beispiel



	→	_____ Punkte
	→	_____ Punkte
	→	_____ Punkte
	→	_____ Punkte





	→	<u>3</u> Punkte
	→	<u>2</u> Punkte
	→	<u>2</u> Punkte
	→	<u>3</u> Punkte

Abb. 5: Schülerbewertungsbogen

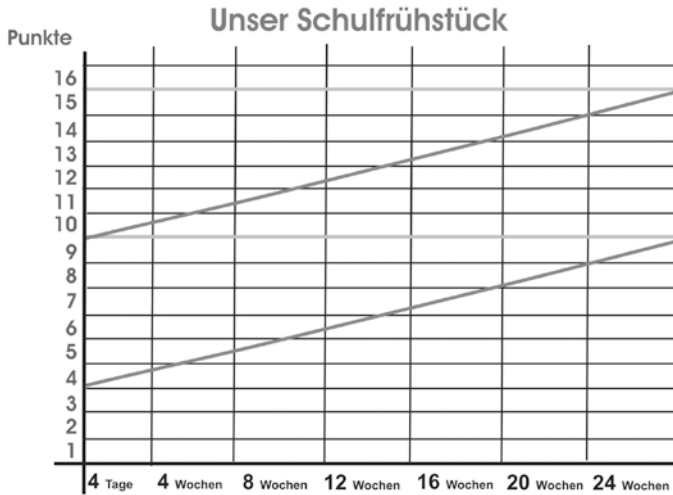


Abb. 6: Zielkontrollplakat

Versuchsdesign

Das Versuchsdesign der Studie, das die drei Interventionsansätze vereint, umfasst sowohl eine kurzfristige als auch eine langfristige Effektivitätsüberprüfung. Zwischen der Prä- und Posterhebung wurde in allen Klassen der Elternabend sowie im direkten Anschluss daran das Stationenlernen durchgeführt. Durch die unterschiedliche Beteiligung der Eltern am Elternabend ergeben sich zwei Gruppen, die sowohl als Interventions- als auch als Vergleichsklassen herangezogen wurden: auf der einen Seite die Schülerinnen und Schüler mit Elternbeteiligung und auf der anderen Seite die Schülerinnen und Schüler ohne Elternbeteiligung; insgesamt wurden 288 SchülerInnen einbezogen. Die Absicherung der Ergebnisse erfolgte darüber hinaus zusätzlich durch eine Vergleichsgruppe ohne jegliche Intervention mit insgesamt 115 SchülerInnen. Im Anschluss an die Posterhebung bzw. das Stationenlernen erfolgte das Zielvereinbarungsverfahren über ca. ein halbes Jahr, das die Hälfte der Interventionsklassen mit 126 SchülerInnen durchführte. Nach diesem erfolgte die langfristige Wirksamkeitsüberprüfung mit einer Follow up- Erhebung in allen Interventionsklassen (vgl. Abb. 7).

Erhebung und Einbezug soziodemografischer Daten

Neben der generellen Erfassung des Geschlechts über die Protokollierung des Schulfrühstücks der Kinder wurden auch weiterreichende soziodemografische Daten der einzelnen Schüler und ihrer Familien- bzw. Lebenssituation über die jeweiligen Klassenlehrer mit Hilfe eines Erhebungs-/Fragebogens sowohl in den Versuchs- als auch in den Vergleichsklassen erhoben. Folgende Daten wurden erfasst:

- Muttersprache
- Haushaltsgröße
- Anzahl der Geschwister
- Berufstätigkeit des Vaters und der Mutter
- Art der Berufstätigkeit des Vaters und der Mutter
- Berufsabschluss der Mutter
- Alleinerziehung (indirekt über Haushaltsgröße erhoben)

Eine direkte Befragung der Eltern konnte nicht durchgeführt werden, da die Rücklaufquote der Fragebögen zu gering gewesen wäre. Fehlende Rückmeldungen bezüglich der Elternabendteilnahme konnten dieses Problem bereits andeuten. Ein Fragebogen stellt im Gegensatz dazu einen höheren zeitlichen Aufwand für die Eltern dar. Eine Befragung der Eltern am Elternabend wäre für die Eltern, die anwesend waren, möglich gewesen. Das Interesse dieser Daten bezieht sich aber besonders auf die Eltern, die nicht an dem Elternabend teilgenommen haben und mit 55,6 % eine relativ große Gruppe bilden; diese hätten auf dem genannten Wege daher nicht erreicht werden können. Aufgrund dieser Problematik wurde auf die Erhebung der soziodemografischen Daten durch die Klassenlehrer unter Berücksichtigung der Anonymität zurückgegriffen, denen die Angaben bis auf die Art der Berufstätigkeit von Mutter und Vater und des Berufsabschlusses der Mutter in der Regel bekannt waren.

Der Einbezug der soziodemografischen Daten „Art der Berufstätigkeit von Mutter und Vater“ sowie „Berufsabschluss der Mutter“ konnte leider nicht in die Querschnittsanalyse mit aufgenommen werden, da die Angaben hierzu eine zu geringe Rücklaufquote aufwiesen und damit verlässliche Aussagen diesbezüglich nicht möglich waren. Die Auswertung der Daten zur „Muttersprache“, zur „Berufstätigkeit des Vaters“ und zur „Alleinerziehung“ wurden zwar in die Analyse mit einbezogen, weisen aber eine starke Differenz der Probandenanzahl in den einzelnen Untergruppen der Variablen auf, sodass dies bei der Interpretation und Darstellung der Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Variablen und der Teilnahme am Elternabend

Der Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Daten und der Teilnahme am Elternabend wurde mithilfe von Kreuztabellen bzw. dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson berechnet. Die Auswertung konnte signifikante bis sehr signifikante Zusammenhänge zwischen der Teilnahme der Eltern am Elternabend und der „Haushaltsgröße“ (vgl. Abb. 9), der „Anzahl der Geschwister“ und der „Berufstätigkeit der Mutter“ (vgl. Abb. 10) ermitteln.

Eltern von Schülern, die in einem 2- bis 3-Personenhaushalt leben, nehmen zu 49,3 % am Elternabend teil; Eltern aus einem 4-Personenhaushalt zeigen weiterhin eine fast identische Elternbeteiligung von 51,4 %. Im Vergleich dazu ist bezüglich einer Haushaltsgröße von 5 und mehr Personen nur eine Elternbeteiligung von 31,3 % beobachtbar. Somit nehmen überwiegend Eltern aus kleinen bis mittelgroßen Haushalten das Angebot eines Elternabends zum Thema Schulfrühstück wahr, während Eltern aus größeren Haushalten mit 5 und mehr Personen unterdurchschnittlich repräsentiert sind. Der Chi-Quadrat-Test gibt diesen Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Elternabend und der Haushaltsgröße mit einer Signifikanz von $p = ,023$ an.

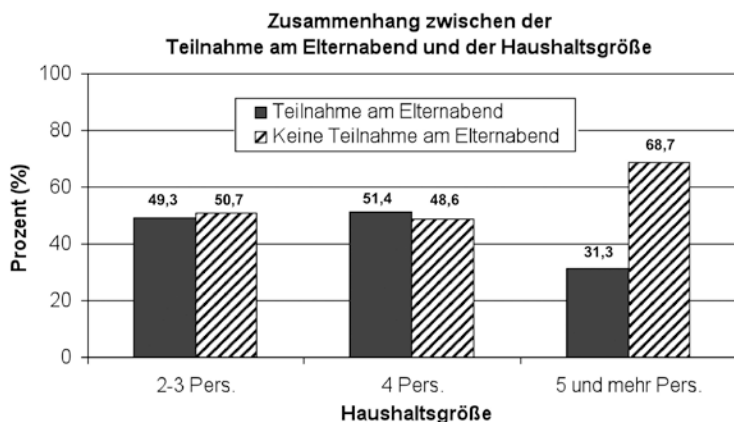


Abb. 9: Signifikanter Zusammenhang ($p = ,023$) zwischen der Teilnahme am Elternabend und der Haushaltsgröße; $n = 271$

Eine sehr signifikante Abhängigkeit ($p = ,007$) von der Teilnahme am Elternabend wird auch hinsichtlich der Berufstätigkeit der Mutter ermittelt. Geht die Mutter einer Berufstätigkeit nach, fällt die Teilnahme am Elternabend mit 43,5 % geringer aus, als wenn die Mutter nicht berufstätig ist. Übt die Mut-

ter keinen Beruf aus, nimmt sie mit 62,5 % überdurchschnittlich häufig am Elternabend teil. Somit besteht eine Differenz zwischen den Müttern mit und ohne Berufstätigkeit von 19 % bezüglich der Beteiligung am Elternabend.

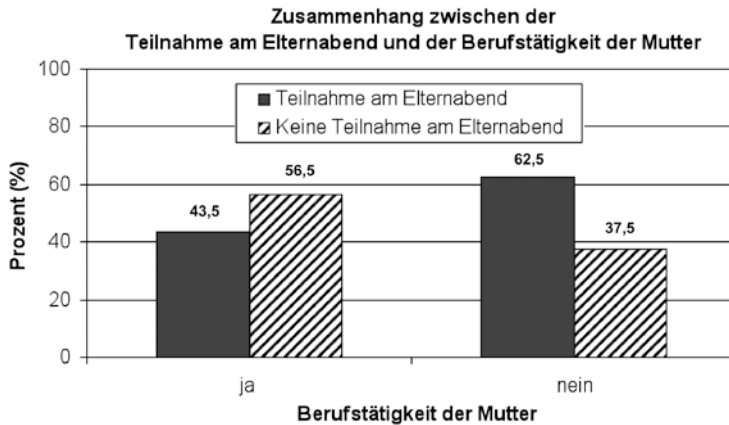


Abb. 10: Sehr signifikanter Zusammenhang ($p = ,007$) zwischen der Teilnahme am Elternabend und der Berufstätigkeit der Mutter; $n = 212$

Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Variablen und dem Frühstücksverhalten

Eine weitere Querschnittsanalyse hinsichtlich der soziodemografischen Daten und dem Frühstücksverhalten der Schülerinnen und Schüler (berechnet mit univariaten Varianzanalysen mit Anschluss tests (Tukey)) konnte zeigen, dass hinsichtlich der Haushaltsgröße signifikante Unterschiede bestehen.

Insgesamt zeigt Abbildung 11, dass der Verzehr wünschenswerter oder als ernährungsphysiologisch günstig zu wertender Lebensmittel mit zunehmender Haushaltsgröße kontinuierlich abnimmt. Somit wird eine Abhängigkeit gesundheitsförderlichen Frühstücksverhaltens von der Haushaltsgröße bestätigt; je weniger Personen im Haushalt leben, desto wünschenswerter fällt das Schulfrühstück der Schüler aus. Auffällig sind die sich auf die Differenzen beziehenden Lebensmittelgruppen (u. a. Getreide und Getreideerzeugnisse mit Vollkorn oder Vollkornanteil, Obst und Gemüse, ungesüßte Getränke), die ausschließlich ernährungsphysiologisch günstige Lebensmittel betreffen und im Rahmen von optimiX und der DGE als wünschenswert beurteilt werden.

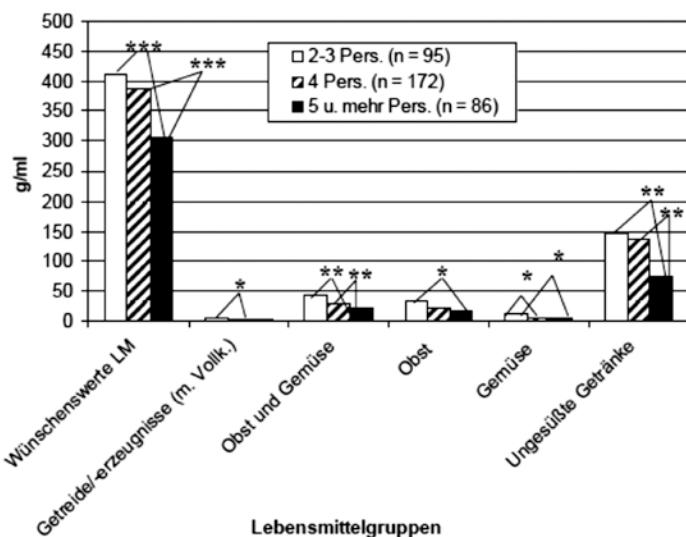


Abb. 11: Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Variable „Haushaltsgröße“ in Bezug auf den Verzehr einzelner Lebensmittelgruppen; LM: Lebensmittel

Ergebnisse der Interventionen

„Elternabend“ und „Stationenlernen“

Die Interventionsüberprüfung erfolgte im Rahmen eines umfassenden Auswertungsdesigns mithilfe zweifaktorieller univariater Varianzanalysen mit Messwiederholung und Anschluss-tests. Die Ergebnisdarstellung beschränkt sich an dieser Stelle auf zwei beispielhafte Ergebnisse hinsichtlich der Interventionen „Elternabend“ und „Stationenlernen“ sowie der Intervention „Zielvereinbarungsverfahren“.

Die Betrachtung der sog. wünschenswerten Lebensmittelgruppe, die alle als ernährungsphysiologisch günstig zu beurteilenden Frühstückslebensmittel umfasst, zeigt, dass die Schülerinnen und Schüler mit einer Elternbeteiligung und Stationenlernen ihr Schulfrühstück hochsignifikant sowohl kurzfristig als auch langfristig verbessern können (vgl. Abb. 12). Der Vergleich der Schülerinnen und Schüler ohne eine Elternbeteiligung und mit einem Stationenlernen macht deutlich, dass auch hier Veränderungen möglich sind, die sich durch eine signifikante kurzfristige und eine hochsignifikante langfristige

Verhaltensveränderung auszeichnen. Die darüber hinaus ermittelten Effektstärken zeigen aber, dass die Veränderungen der Schülerinnen und Schüler mit einer Elternbeteiligung und Stationenlernen im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern ohne Elternbeteiligung und Stationenlernen eine höhere praktische Bedeutsamkeit aufweisen. Dieses Ergebnis konnte sich auch für andere, in die Auswertung miteinbezogenen Lebensmittelgruppen, bestätigen. Hinsichtlich der soziodemografischen Daten konnte bis auf den Gemüseverzehr keine nennenswerte Abhängigkeit festgestellt werden, so dass alle Schülerinnen und Schüler gleichermaßen erreicht werden konnten.

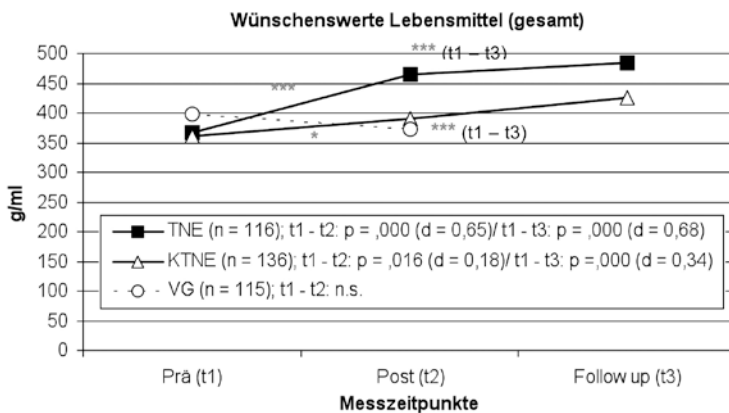


Abb. 12: Veränderung des Verzehrs „Wünschenswerter Lebensmittel (gesamt)“

(* $p \leq ,05$ (signifikant); ** $p \leq ,01$ (sehr signifikant); *** $p \leq ,001$ (hochsignifikant);

n. s.: nicht signifikant; d: Effektstärkenmaß nach Cohen

Ergebnisse der Intervention „Zielvereinbarungsverfahren“

Die Überprüfung der Intervention Zielvereinbarungsverfahren zeigt hier, exemplarisch am Beispiel des Obst- und Gemüseverzehrs, dass dieses eine günstige Vorgehensweise darstellt, um langfristig das Ernährungsverhalten zu verbessern. Die Abbildung 13 zeigt deutlich, dass die Schülerinnen und Schüler mit Zielvereinbarung ihren Verzehr von Obst und Gemüse durch diese Interventionsmaßnahme hochsignifikant von Prä zu Follow up verbessern können. Bei den Schülerinnen und Schülern ohne Zielvereinbarung fällt da-

gegen der Obst- und Gemüseverzehr nach einem halben Jahr wieder auf den Ausgangswert des Prätests zurück. Die spezifische Auswertung des Zielvereinbarungsverfahrens hinsichtlich der Teilnahme der Eltern am Elternabend konnte darüber hinaus auch eine positive Veränderung der Schulfrühstücks bei den Schülerinnen und Schülern ohne eine Beteiligung der Eltern am Elternabend aufweisen, sodass insbesondere auch diese Schülergruppe von der Intervention profitiert.

Hinsichtlich der soziodemografischen Daten konnte bis auf den Gemüseverzehr keine nennenswerte Abhängigkeit festgestellt werden, so dass alle Schülerinnen und Schüler gleichermaßen erreicht werden konnten.

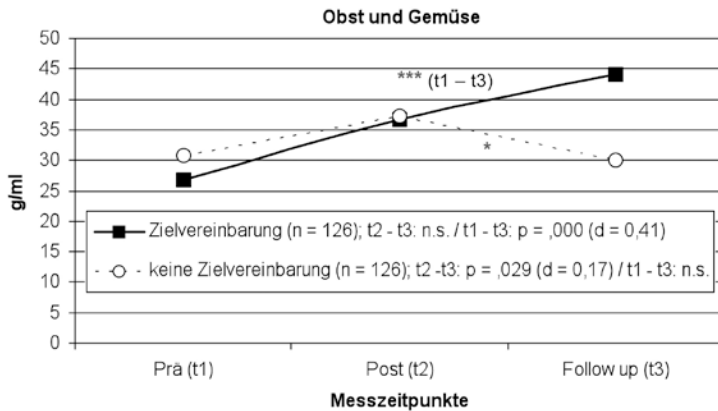


Abb. 13: Veränderung des „Obst- und Gemüseverzehrs“

*p ≤ ,05 (signifikant); **p ≤ ,01 (sehr signifikant); ***p ≤ ,001 (hochsignifikant);

n. s.: nicht signifikant; d: Effektstärkenmaß nach Cohen

Fazit

Insgesamt kann aus der vorliegenden Forschungsarbeit geschlussfolgert werden, dass alle drei dargestellten Interventionsansätze hinsichtlich einer positiven Veränderung des Schulfrühstücksverhaltens der Schülerinnen und Schüler eine hohe Relevanz besitzen. Dabei zeigte sich, dass die Kombination aller drei Ansätze die günstigsten Veränderungen erreichen kann und somit eine dementsprechende schulische Intervention verfolgt werden sollte. Im Einzelnen sind dies noch einmal: die Elterneinbeziehung durch einen pädä-

gogischen Elternabend nach TZI, ein Ernährungsunterricht mit der Förderung einer selbstständigen qualitätsorientierten Beurteilung des Schulfrühstücks in Form einer Verbraucherbildung sowie der Einsatz eines langfristigen Zielvereinbarungsverfahrens. Auch in Bezug auf die Eingangsfragestellung lassen sich die Ergebnisse zusammenfassend wie folgt darstellen:

- Das Ernährungsverhalten ist von soziodemografischen Variablen abhängig. Besonders die Haushaltsgröße hat diesbezüglich Einfluss. Hiermit ergibt sich die Forderung der Berücksichtigung sozioökonomischer Gegebenheiten der Familie bei weiteren Interventionen.
- Eine erfolgreiche Veränderung des Ernährungsverhaltens ist durch den dargestellten kombinierten schulischen Ansatz möglich.
- Die Eltern bestimmen das Schulfrühstück der Kinder (mit).
- Kinder „erziehen“ bzw. beeinflussen Eltern.
- Ein wechselseitiger Austauschprozess zwischen Eltern und Kindern führt zur weiteren Verbesserung des Ernährungs- bzw. Frühstücksverhaltens.

Mit der Forschungsarbeit konnten abschließend geeignete Messinstrumente für die empirische Analyse des Ernährungsunterrichts der Grundschule entwickelt werden, die bisher noch nicht existierten. Darüber hinaus wurde sowohl eine kurz- als auch eine langfristige Überprüfung vielfältiger didaktischer Interventionsansätze der Ernährungserziehung geleistet, aus denen pädagogisch-didaktische Empfehlungen für die Unterrichtspraxis abgeleitet wurden. Durch die Erarbeitung und Veröffentlichung qualitätsgesicherter Unterrichtsmaterialien werden die pädagogisch-didaktischen Empfehlungen letztendlich sinnvoll ergänzt.

Literatur

- Abt, H. G. (1993). Ernährungsverhalten in Familienhaushalten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Weggemann, S. & Ziche, J. (Hrsg.), *Soziologische und humanethologische Aspekte des Ernährungsverhaltens. Strategien und Maßnahmen. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e. V.* (S. 95-103). Band 9, Ernährungs-Umschau 40.
- aid infodienst (2004). Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.): *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*, 21. überarb. Aufl., Bonn: Eigenverlag.
- Barlösius, E. (1999). *Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bayer, O., Kutsch, T., Ohly, H. P. (1999). *Ernährung und Gesellschaft. Forschungsstand und Problembereiche*. Opladen: Leske + Budrich.
- Birch, L. L. & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 101, 3; 539-549.
- Böhles, H. (1999). Ernährung in Kindheit und Adoleszenz. In P. Schauder, G. Ollenschläger, (Hrsg.), *Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Brombach, Ch. (2001). Mahlzeit – Familienzeit? Mahlzeiten im heutigen Familienalltag. In *Ernährungs-Umschau* 48, 6, 238-242.
- Danielzik, S., Czerwinski-Mast, M., Langnase, K., Dilba, B., Müller, M. J. (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5–7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity* 28, 1494-1502.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.). (1984). *Ernährungsbericht 1984*. Frankfurt am Main: Druckerei Henrich.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.). (2000). *Ernährungsbericht 2000*. Frankfurt am Main: Druckerei Henrich.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.). (2004). *Ernährungsbericht 2004*. Bonn: Druckerei Henrich.
- Diedrichsen, I. (1993). *Ernährungsberatung. Psychologische Basiskonzepte*. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Diedrichsen, I. (1995). Ernährungspädagogik. In Diedrichsen, I. (Hrsg.), *Humanernährung. Ein interdisziplinäres Lehrbuch* (S. 153-186). Darmstadt: Steinkopf,
- Diehl, J. M. (1980). *Ernährungspsychologie*. 2. Aufl., Frankfurt am Main: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Hassel, H. (2008). Ernährungsbildung auf dünnem Eis? Möglichkeiten und Grenzen der pädagogischen Intervention in Kindergarten und Schule. *Ernährung im Fokus* 8/4, 114-121.
- Herde, A. & Schäfer, M. (2006). Nachhaltige Ernährung und Elternschaft. *Ernährung im Fokus* 6, 4, 89-104.
- Hesker, H. & Beer, S. (2004). Ernährung und ernährungsbezogener Unterricht in der Schule. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 47, 3, 240-245.
- Heyer, A. (1997). *Ernährungsversorgung von Kindern in der Familie. Eine empirische Untersuchung*. Diss. Universität Gießen, Lage: Jacobs.

- Jerusalem, M. (2005). Gesundheitsförderung. In Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 547-563). Göttingen: Hogrefe.
- Kersting, M., Alexy, U., Kroke, A., Lentze, M. J. (2004). Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der DONALD-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 47, 3, 213-218.
- Koletzko, B., Toschke, A. M., von Kries, R. (2004). Herausforderungen bei der Charakterisierung und der Verbesserung der Ernährungssituation im Kindes- und Jugendalter. In *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 47, 3, 227-234.
- Kolip, P. (2004). Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 47, 3, 235-239.
- Koscielny, G. (1981). Ernährungserziehung im Spannungsfeld zwischen Familie und Schule. In W. Kappus, V. Pudiel, M. Richter, I. Siegel, A. Weddige (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des Ernährungsverhaltens* (S. 271-294). Göttingen: Goltze-Druck KG.
- Molderings, M., Eissing, G. (Hrsg.) (2006). *Schritt für Schritt mach ich mich fit! Ernährungsverhalten ändern durch Elterneinbeziehung, Stationenlernen und Zielvereinbarung*. Kraft Foods Deutschland GmbH. Neuried: Care-Line Verlag.
- Molderings, M. (2007). *Evaluation pädagogisch-didaktischer Ansätze im Rahmen der gesundheitsförderlichen Ernährungserziehung der Grundschule – Einfluss von Unterrichtsformen, Elterneinbeziehung und Zielvereinbarung hinsichtlich einer Veränderung des Ernährungsverhaltens*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Oltersdorf, U.S. (1995). *Ernährungsepidemiologie. Mensch, Ernährung, Umwelt*. Stuttgart: Ulmer.
- Philipps, U. (2004). *Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen bezüglich des Ernährungsverhaltens von Grundschulkindern*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Pohlabein, H., Strube, H., Bosche, H., Pigeot, I. (2004). Möhre statt Bic Mac, Apfel statt Schokoriegel, Vollkornbrot statt Pizza? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47, H. 3, 211-212.
- Reinher, Th., Kersting, M., Wollenhaupt, A., Pawlitschko, W., Andler, W. (2004). Einflussfaktoren auf das Ernährungswissen von Kindern und ihren Müttern. *Journal für Ernährungsmedizin*, H. 1, 17-20.
- Robert-Koch-Institut (Schaffrath Rosario, A., Kurth, B.-M.) (2006.) *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas*. PPP im Rahmen des KIGGS Symposiums 2006.
- Rost, D. H. (2005). *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien*. Weinheim, Basel: Beltz.

Theoriegeleitete Lebensstiländerung

R. Fuchs, W. Göhner, C. Mahler, A. Fleitz, H. Seelig

In der Alltagspraxis der Gesundheitsförderung gibt es auch heute schon viele erfolgreiche Ideen und Ansätze zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Aus wissenschaftlicher Sicht ist diese Praxis der Lebensstiländerung aber oft noch unbefriedigend, und zwar aus drei Gründen (vgl. dazu: Göhner & Fuchs, 2007): (a) *Unzureichende Dokumentation*. In den allermeisten Fällen sind die durchgeführten Interventionen in ihrer Methodik und in ihrem Inhalt nicht hinreichend (schriftlich) dokumentiert, so dass unklar bleibt, worin eigentlich die Intervention genau bestand. Erfahrene Praktiker machen vieles richtig, aber sie schreiben ihr Vorgehen nur selten auf und veröffentlichen es dann auch. (b) *Fehlende Theoriegeleitetheit*: Bei der Entwicklung der Interventionsprogramme werden neue Erkenntnisse aus der Motivations- und Volitionsforschung nur wenig systematisch berücksichtigt; oft besteht deshalb die Intervention – aus Unkenntnis der Forschungslage – nur aus einfacher Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken und Vorbeugemöglichkeiten. (c) *Ungenügende Evidenzbasierung*: Der Praktiker weiß zwar oft aus Erfahrung, dass sein Programm „wirkt“, aber wissenschaftliche (d.h. intersubjektiv überprüfbare) Belege kann er dafür nur selten vorbringen. Ohne die Ergebnisse aus methodisch sorgfältig durchgeführten Evaluationsstudien lässt sich in Zeiten knapper finanzieller Mittel eine möglichst wirkungsvolle Allokation der verfügbaren Ressourcen kaum organisieren.

In diesem Beitrag wird ein Interventionskonzept vorgestellt, bei dem auf Dokumentation, Theoriegeleitetheit und Evidenzbasierung besonderer Wert gelegt wird. Ziel dieses Interventionskonzepts ist es, mit Patienten der stationären Rehabilitation den systematischen Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der Klinikentlassung vorzubereiten und sie anschließend auf diesem Weg eine Zeit lang zu begleiten. Die Rede ist vom so genannten „MoVo-Konzept“ (Motivations-Volitions-Konzept; Fuchs, 2007). Während die in den Reha-Kliniken bisher eingesetzten Maßnahmen fast ausschließlich auf die Motivierung der Patienten durch Information und Aufklärung abzielen, geht das MoVo-Konzept darüber hinaus und hilft den Patienten dabei, das, was sie sich für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorgenommen haben, durch Stärkung ihrer *volitionalen Kompetenzen* auch tatsächlich umsetzen zu können.

Ausgangslage

Sowohl bei der orthopädischen als auch bei der kardiologischen Rehabilitation geht es darum, den *langfristigen Rehabilitationserfolg* dadurch zu sichern, dass der Patient nach Abschluss der stationären Behandlung die medizinisch indizierten Verhaltensweisen kontinuierlich weiterführt (Bengel & Herwig, 2003). Dabei kommt der regelmäßigen *körperlichen Aktivität* eine Schlüsselrolle zu. Dementsprechend wird der Bewegungstherapie (Medizinischen Trainingstherapie) in der orthopädischen Rehabilitation eine zentrale Bedeutung beigemessen. Ihr langfristiger Nutzen hängt wesentlich davon ab, dass die während des Klinikaufenthalts erlernten und praktizierten Übungen zur Kräftigung der Muskeln, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Ausdauer und Koordination vom Patienten zu Hause fortgeführt werden – entweder selbstständig oder angeleitet (etwa in einer Rückenschule). Nicht viel anders wird auch der langfristige Rehabilitationserfolg bei Herz-Kreislauf-Patienten wesentlich davon bestimmt, inwieweit es gelingt, diese zu körperlich-aktiven Lebensweise zu veranlassen. Studien zeigen, dass eine „exercise-based cardiac rehabilitation“ das allgemeine und kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko um 20–24% zu reduzieren vermag (Schlicht, Kanning & Bös, 2003). Vor diesem Hintergrund bekommen heute im Rahmen der Anschlussheilbehandlung (AHB) nahezu alle Patienten Sport- und Bewegungstherapie verordnet, die in spezifischer Weise der Erkrankung angepasst ist (Huonker, 2002). Darüber hinaus werden die Patienten in der Regel dazu aufgefordert, sich zuhause einer der mittlerweile fast überall vorhandenen Ambulanten Herzgruppen anzuschließen (Kempf, Reuß & Brusis, 2000).

Ogleich eine kontinuierliche Fortführung des körperlichen Trainingsprogramms nach dem stationären Aufenthalt in eigener Regie von hohem rehabilitativen Nutzen wäre, scheint es doch nur einem relativ geringen Prozentsatz der Rehabilitanden zu gelingen, ein stabiles poststationäres Aktivitätsverhalten aufzubauen (Fuchs, 2003). Wie schwierig es ist, mit einem regelmäßigen Sport- und Bewegungsprogramm zu beginnen und dieses kontinuierlich aufrechtzuerhalten, ist beispielsweise daran zu erkennen, dass sich in Deutschland nach einer stationären Rehabilitation überhaupt nur 20–30% der kardiologischen Patienten einer der vielen heute existierenden Ambulanten Herzgruppe (AHG) anschließen. Hinzu kommt, dass von den Teilnehmenden dann etwa 30% die AHG bereits nach 6–7 Monaten wieder verlassen (Schlicht, Kanning & Bös, 2003). Das Problem der Motivierung von Patienten der kardiologischen Rehabilitation zur Teilnahme an Ambulanten Herzgruppen ist in Deutschland von Budde und Keck (1996, 1999; Keck & Budde, 1996) intensiv untersucht worden. In ihrer Studien nahmen AHB-Patienten an einem speziell entwickel-

ten Programm teil, das zum Besuch der ambulanten Herzsportgruppen motivieren sollte. Die Followup-Untersuchungen ergaben, dass bereits fünf Monate nach ihrer Klinikentlassung nur noch 28% der Patienten an einer Ambulanten Herzgruppe teilnahmen. Nach zwei Jahren lag die Teilnahmequote bei 19% und nach vier Jahren nur noch bei 15% (Budde & Keck, 1999).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass nur ein relativ geringer Anteil der Patienten nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik das medizinisch indizierte Bewegungs- oder Trainingsprogramm in den eigenen Alltag implementieren und regelmäßig weiterführen kann. Nachfolgend wird ein Konzept vorgestellt, mit dem der Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation erleichtert werden soll.

Das MoVo-Konzept

Das MoVo-Konzept geht von der Erkenntnis aus, dass es vielen Menschen schwer fällt, das, was sie sich vorgenommen haben, auch in die Tat umzusetzen. Auch dann, wenn Menschen hoch motiviert sind, gelingt es ihnen oft nicht, die entsprechenden Handlungen folgen zu lassen. Was diesen Personen fehlt, ist nicht noch eine weitere „Motivierungseinheit“, sondern konkrete Unterstützung bei der volitionalen Umsetzung ihrer Absichten. Mit dem psychologischen Begriff der *Volition* werden, in Abgrenzung zum Begriff der *Motivation*, jene Prozesse der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle bezeichnet, die es dem Menschen ermöglichen, auch dann ihre Absicht in die Tat umzusetzen, wenn äußere oder innere Hindernisse auftreten (Gollwitzer, 1999; Kuhl, 2001). Betrachtet man sich die bisher üblichen Rehabilitations-Programme zur Gesundheitserziehung bzw. Lebensstiländerung, so ist festzustellen, dass diese fast ausschließlich mit *motivationalen Interventionen* operieren. Unzutreffenderweise wird hier davon ausgegangen, die Änderung von Verhaltensweisen bzw. Lebensstilen sei allein eine Frage der richtigen Motivierung. Im MoVo-Konzept wird ein anderer Weg beschritten: Auch hier spielt der Motivationsaufbau eine wichtige Rolle; aber dabei wird nicht stehen geblieben. Das Konzept umfasst auch volitionale Interventionen, die der Stärkung der selbstregulativen Kompetenzen dienen, mit denen es der Person überhaupt erst möglich wird, aus einer bloßen Handlungsbereitschaft konkretes Handeln hervorgehen zu lassen.

Theoretischer Hintergrund

In der einschlägigen Forschungsliteratur existieren verschiedene Ansätze zur Erklärung der Aneignung und Aufrechterhaltung eines kontinuierlichen Gesundheitsverhaltens. Diese Ansätze lassen sich im wesentlichen zwei un-

terschiedlichen Forschungstraditionen zuordnen: zum einen der angloamerikanischen Social-Cognition-Forschung, wie sie beispielsweise im Sammelband von Conner und Norman (2005) zusammenfassend dargestellt wird; und zum anderen der deutschen Volitionsforschung, die vor allem mit den Namen Gollwitzer (1999), Kuhl (2001) und Schwarzer (2001) verknüpft ist. Im MoVo-Prozessmodell (Abbildung 1) wird der Versuch unternommen, zentrale Elemente dieser beiden Forschungstraditionen zu integrieren.

Das MoVo-Prozessmodell geht davon aus, dass der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines kontinuierlichen Gesundheitsverhaltens im wesentlichen von fünf psychologischen Faktoren abhängig ist, nämlich vom Vorliegen einer starken Zielintention, von einer möglichst hohen Selbstkonkordanz dieser Zielintention, von realistischen Implementierungsplänen für diese Zielintention, von wirksamen Strategien der Handlungskontrolle und Intentionsabschirmung und schließlich von der Existenz positiver Konsequenz Erfahrungen mit dem neuen Verhalten. Eine ausführliche Beschreibung des MoVo-Prozessmodells findet sich bei Fuchs (2005, 2007; Göhner & Fuchs, 2007).

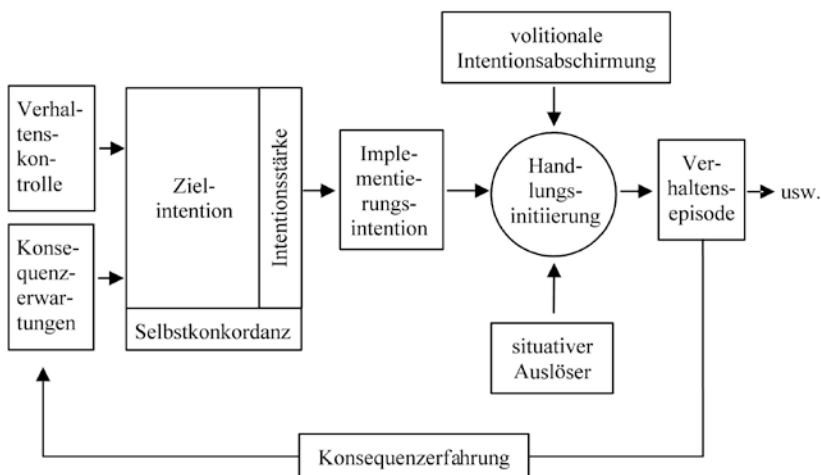


Abb. 1: Das MoVo-Prozessmodell (Fuchs, 2007)

MoVo-Intervention

Auf der Grundlage des MoVo-Prozessmodells sind in den vergangenen Jahren verschiedene standardisierte MoVo-Interventionsprogramme für unterschiedliche Zielgruppen und Settings entwickelt worden. Eines dieser speziell-

len Programme trägt die Bezeichnung MoVo-LISA. Es ist ein kurzes Interventionsprogramm, das speziell auf den Bereich der stationären orthopädischen Rehabilitation abgestimmt wurde. Das Akronym LISA steht für „Lebensstil-Integrierte Sportliche Aktivität“. Ziel der MoVo-LISA-Intervention ist es, dem Patienten dabei zu helfen, nach Abschluss der stationären Rehabilitation zuhause mit einem regelmäßigen Bewegungs- bzw. Trainingsprogramm zu beginnen und dieses zu einem festen Bestandteil seines Alltags zu machen.

MoVo-LISA ist ein Gruppenprogramm, das aus insgesamt fünf Komponenten besteht, nämlich (1) einem Ersten Gruppengespräch (am Ende der zweiten Behandlungswoche), (2) einem kurzen Einzelgespräch (in der zweiten Hälfte der dritten Woche), (3) einem Zweiten Gruppengespräch (am Ende der dritten Woche), (4) einem Erinnerungsschreiben drei Wochen und (5) einem telefonischen Kurzkontakt sechs Wochen nach der Klinikentlassung (vgl. Abbildung 2). Das erste und zweite Gruppengespräch wird mit sechs Personen durchgeführt, die Dauer beläuft sich auf 60 bzw. 90 Minuten. Das dazwischen liegende Einzelgespräch des Moderators mit jedem Teilnehmer dauert ca. zehn Minuten pro Person. Alle drei Gespräche werden von speziell geschulten Psychologen bzw. Physiotherapeuten geleitet. Die Gespräche erfolgen entlang eines standardisierten Leitfadens, mit dessen Hilfe der Gesprächsverlauf und die zu behandelnden Themen vorstrukturiert werden (MoVo-LISA Curriculum; komplett veröffentlicht bei Göhner & Fuchs, 2007).

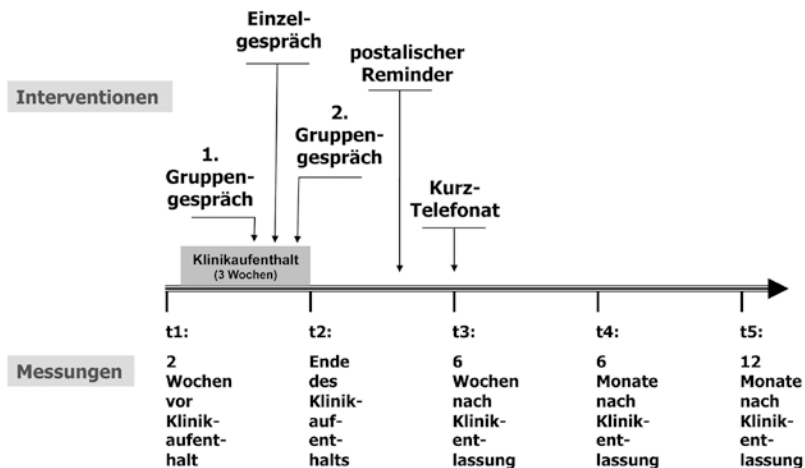


Abb. 2: Interventionsdesign (oberhalb des Zeitstrahls) und Messdesign (unterhalb des Zeitstrahls) des MoVo-LISA-Projekts

Die Ergebnisse der Gespräche werden in speziellen Protokollbögen schriftlich festgehalten. Beide Gruppengespräche bauen aufeinander auf und bilden zusammen eine Einheit. Die einwöchige Zeitspanne zwischen beiden Gesprächen dient der Anfertigung einer „Hausaufgabe“ zur Nachbearbeitung des Erst- bzw. Vorbereitung auf das Zweitgespräch. Im Ersten Gruppengespräch stehen eher motivationale und im Zweiten Gruppengespräch eher volitionale Interventionen im Vordergrund. Gegenstand des Ersten Gruppengesprächs sind u.a. die folgenden Themen:

- *Gesundheitsziele* (Welches sind meine drei wichtigsten gesundheitlichen Ziele? [z.B. Schmerzfreiheit])
- *Verhaltenspläne* (Was bin ich persönlich bereit zur Erreichung dieser Gesundheitsziele zu tun?)
- *Realismus-Check* (Wie realistisch sind die verschiedenen Verhaltenspläne? Welche kommen für mich überhaupt in Frage?)
- *Selbstkongruanz der Verhaltenspläne* (Wie sehr passt das ins Auge gefasste Sportverhalten zu mir, d.h. zu dem, wie ich bin und was mir wichtig ist? Wird es mir womöglich nur aufokroyiert?)
- *Überprüfung der Selbstwirksamkeit* (Glaube ich, dass ich das in Erwägung gezogene neue Verhalten durchhalten kann?)
- *Vorläufige Festlegung auf ein bestimmtes Zielverhalten* (Die Person formuliert die explizite Absicht, ein bestimmtes Sportverhalten nach der Reha zu praktizieren. Sie soll darüber aber in der Zeit bis zum Zweitgespräch noch einmal nachdenken)
- *Vorbereitung der Umsetzungsplanung* (Hausaufgabe: Wie könnte ich die oben formulierte Absicht an meinem Wohnort konkret umsetzen?)

In den 5–7 Tagen zwischen Erstem Gruppengespräch und Einzelgespräch reflektiert der Patient noch einmal die „Vorläufige Festlegung auf ein bestimmtes Zielverhalten“ („Bin ich bereit, dieses Verhalten [z.B. zweimal pro Woche zur Rückengymnastik gehen] zu einem festen Bestandteil meiner Lebensweise zu machen?“) und besorgt sich ggf. Informationen darüber, wo, wann und wie er dieses Verhalten an seinem Wohnort umsetzen kann („Hausaufgabe“). Mit diesen Informationen kommt er in das *Einzelgespräch*, in dem der Stand der Umsetzungsplanung zusammen mit dem Moderator besprochen wird. Beim Zweiten Gruppengespräch werden dann hauptsächlich die folgenden Punkte thematisiert:

- *Besprechung der Hausaufgabe* (Welche Informationen konnten besorgt werden? Welche fehlen noch?)

- *Vorläufige Endfassung des Verhaltensplans* (Es wird ein „Entschluss“ gefasst; dieser wird schriftlich festgehalten; der Entschluss ist jederzeit revidierbar, aber nicht ersatzlos streichbar)
- *Erarbeitung des persönlichen Umsetzungsplans* (Detaillierte Klärung der organisatorischen Rahmenbedingungen des Verhaltens, z.B. Termin, Kosten, Anmeldung, Anfahrtsweg usw.)
- *Antizipation möglicher Hindernisse und Widerstände* (Welche inneren Barrieren [z.B. fehlender Antrieb; „innerer Schweinehund“] oder äußeren Hindernisse [berufliche Stresssituationen] könnten das Zielverhalten zum Abbruch bringen?)
- *Barrierenmanagement* (Wie kann mit den zuvor identifizierten Hindernissen und Widerständen so umgegangen werden, dass sie nicht das Zielverhalten gefährden?)
- *Rückfallprophylaxe* (Das Scheitern des Plans einkalkulieren. Strategie des „adaptiven Implementierens“: die Verhaltenspläne der tatsächlichen Lebenssituation immer besser anpassen und trotzdem nicht auf sie verzichten)

Die Ergebnisse des Ersten und Zweiten Gruppengesprächs werden in einem speziell gestalteten Protokollbogen festgehalten und dem Patienten am Ende seines Klinikaufenthalts übergeben. Es handelt sich hierbei um eine schriftliche Dokumentation seiner gesundheitsbezogenen Überlegungen, Absichten und konkreten Pläne für die jetzt bevorstehende Zeit. Zu MoVo-LISA gehören schließlich noch das Erinnerungsschreiben (3. Woche poststationär) und das Kurztelefonat (6. Woche poststationär). Bei diesem (zuvor mit dem Moderator terminlich vereinbarten) Telefonat wird mit dem Patienten darüber gesprochen, inwieweit es ihm in der Zwischenzeit gelang, seine Absichten und Pläne in die Tat umzusetzen, wo die Schwierigkeiten lagen und welche Möglichkeiten bestehen, eine eventuell besser angepasste Form des Zielverhaltens zu realisieren.

Methodik

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurde das Programm MoVo-LISA im Rahmen eines Forschungsvorhabens¹ in einer orthopädischen Reha-Klinik (DRV-Rehazentrum Schömburg; Leitung: PD Dr. Ingrid Schittich) strukturell implementiert und von vier geschulten Klinikmitarbeitern (drei Physiotherapeuten und ein Psychologe) praktisch umgesetzt. Die parallel dazu durchgeführte

1 gefördert von der DRV-Bund (Förderkennzeichen 8011-106-31/31.74)

wissenschaftliche Begleitstudie unterscheidet zwischen einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe besteht aus den körperlich-inaktiven Patienten², die das normale Klinikprogramm in der Zeit zwischen Oktober 2005 bis April 2006 durchlaufen haben (*usual care*). Im Unterschied dazu besteht die Interventionsgruppe aus den körperlich-inaktiven Patienten², die das normale Klinikprogramm in der Zeit zwischen Mai 2006 bis August 2006 absolviert und während ihres Klinikaufenthalts *zusätzlich* am MoVo-LISA-Programm teilgenommen haben. Von beiden Patientengruppen wurden zu insgesamt fünf Messzeitpunkten Daten per Fragebogen erhoben: Der erste Messzeitpunkt liegt zwei Wochen vor Beginn der stationären Rehabilitation (t_1), der zweite am Ende des dreiwöchigen Klinikaufenthaltes (t_2), der dritte sechs Wochen nach der Klinikentlassung (t_3), der vierte sechs Monate nach der Klinikentlassung (t_4) und der letzte Messzeitpunkt zwölf Monate nach der Entlassung (t_5). Das Messdesign ist in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der MoVo-LISA Interventionsstudie werden gegenwärtig in verschiedenen Publikationen ausführlich dokumentiert und diskutiert (Fuchs, Göhner & Seelig, 2009; Göhner, Seelig & Fuchs, 2009). An dieser Stelle können nur einige wenige Resultate vorgestellt werden. Festzustellen ist zunächst, dass sich Kontroll- und Interventionsgruppe hinsichtlich Alter und Schulabschluss nicht unterscheiden: Das durchschnittliche Alter in der Kontrollgruppe beträgt 50,2 Jahre, das in der Interventionsgruppe 52,3 Jahre. Von den Kontrollgruppenteilnehmern haben 50,0% den Hauptschulabschluss und 5,3% das Abitur, während 52,3% bzw. 4,5% der Interventionsteilnehmer diese Schulabschlüsse erreicht haben. Bezüglich des Geschlechts ist die Verteilung nicht ganz ausbalanciert: In der Kontrollgruppe sind 52,3%, in der Interventionsgruppe 64,8% Frauen. Für alle erhobenen psychologischen Maße und Verhaltensvariablen ist ein vergleichbares Ausgangsniveau der Kontroll- und Interventionsgruppe zum ersten Messzeitpunkt festzustellen, so dass die Patienten aus beiden Gruppen gut miteinander verglichen werden können. Im Folgenden wird der Interventionseffekt auf das Verhalten (Sportaktivität) etwas ausführlicher, die Effekte auf die verschiedenen psychologischen Mediatorvariablen dagegen nur summarisch beschrieben.

2 einbezogen wurden nur orthopädische Patienten mit Verschleißerkrankung, keine Patienten mit akuten Ereignissen (Verletzungen, Unfälle)

Sportaktivität

Der Umfang der sportlichen Aktivität wurde zu den Messzeitpunkten 1, 3, 4 und 5, nicht aber zum zweiten Messzeitpunkt (Ende der stationären Reha) erhoben, da die Zeit während des Klinikaufenthalts naturgemäß nicht zum normalen Aktivitätsverhalten dazugezählt werden kann. Zur Messung des sportlichen Aktivitätsniveaus wurden die Teilnehmer danach gefragt, ob sie normalerweise regelmäßige sportliche Aktivität betreiben würden. Wurde dies bejaht, sollten die Teilnehmer im offenen Antwortformat schriftlich eintragen, um welche sportliche(n) Aktivität(en) es sich dabei handelt. Zu jeder dieser Aktivitäten wurde anschließend die Häufigkeit (wie oft pro Monat) und Dauer (wie viele Minuten pro Gelegenheit) erfragt. Aus diesen Angaben wurde die sportliche Gesamtaktivität pro Woche berechnet. Wie in Abbildung 3 dargestellt, waren sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe anfangs zu t_1 noch sportlich völlig inaktiv. Sechs Wochen nach der Klinikentlassung zu t_3 konnte die Interventionsgruppe ihren sportlichen Bewegungsumfang um fast das Doppelte gegenüber der Kontrollgruppe steigern: Zum dritten Messzeitpunkt trieben die Teilnehmer in der Kontrollgruppe durchschnittlich 84 Minuten Sportaktivität pro Woche, die Teilnehmer der Interventionsgruppe waren dagegen durchschnittlich 156 Minuten aktiv. Der erzielte Interventionseffekt konnte in der Folgezeit recht gut aufrechterhalten werden: zwischen beiden Gruppen war auch noch nach sechs Monaten (t_4) (Mittelwertsdifferenz: 33 Minuten pro Woche) und nach zwölf Monaten (Mittelwertsdifferenz: 28 Minuten pro Woche) ein signifikanter Unterschied zu beobachten, wenngleich in beiden Gruppen – insbesondere von t_3 nach t_4 – eine deutliche Abnahme der absoluten Höhe des Aktivitätsniveaus eingetreten war (ausführlicher: Fuchs, Göhner & Seelig, 2009).

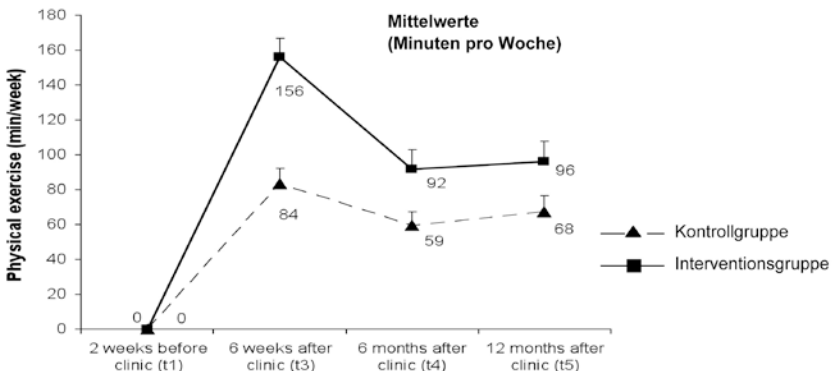


Abb. 3: Sportaktivität in Minuten pro Woche von Interventions- und Kontrollgruppe

Psychologische Mediatorvariablen

Überprüft wurden auch die Effekte der MoVo-LISA-Intervention auf jene psychologischen Variablen, von denen angenommen wurde, dass sie für das Zustandekommen der Verhaltensänderung von zentraler Bedeutung wären. In Anlehnung an das MoVo-Prozessmodell wurden u.a. die folgenden Mediatorvariablen erfasst: Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Konsequenzerwartungen, Selbstkonkordanz, Intensionsstärke, Planungstiefe, Barrierenwahrnehmung und Barrierenmanagement. Insgesamt zeigen sich hier ähnliche Ergebnismuster wie bei der Verhaltensvariable. In der Regel ist die motivationale und volitionale Ausgangssituation in der Interventionsgruppe auch noch sechs bzw. zwölf Monate nach der Klinikentlassung signifikant besser als in der Kontrollgruppe. Eine detaillierte Darstellung der hier einschlägigen Befunde findet sich bei Göhner, Seelig und Fuchs (2009).

Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse belegen, dass durch MoVo-LISA ein substanzieller Beitrag zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils nach der stationären Rehabilitation geleistet werden kann. Zwölf Monate nach der Klinikentlassung sind die Patienten mit MoVo-LISA-Intervention um 28 Minuten aktiver als jene Patienten, die nicht an diesem Programm teilgenommen haben. Signifikante Interventionseffekte zeigten sich auch bei fast allen psychologischen Mediatorvariablen. Mit der Intervention konnte demnach nicht nur das Verhalten, sondern auch die dem Verhalten zugrunde liegenden kognitiven Strukturen verändert werden. In der Weiterführung dieser Art von Interventionsforschung wird darüber zu sprechen sein, wie durch sinnvoll platzierte „Auffrischungseinheiten“ (Booster-Sessions) nach dem Ende der Hauptintervention die Nachhaltigkeit der anfänglich erzielten Interventionseffekte noch weiter gestärkt werden kann.

Literatur

- Bengel, J. & Herwig, J. (2003). Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In M. Jerusalem & H. Weber (Hg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 707-724). Göttingen: Hogrefe.
- Budde, H. G. (1999). Motivation zur ambulanten Herzgruppe. *Prävention und Rehabilitation*, 11, 53-55.
- Budde, H. G. & Keck, M. (1996). Zusammenhänge zwischen beruflicher Perspektive und Gesundheitsverhalten nach stationär kardiologischer Rehabilitation. *Herz, Kreislauf*, 28, 169-172.
- Budde, H. G. & Keck, M. (1999). Vier-Jahresteilnahmepersistenz in einer ambulanten Herzgruppe. *Prävention und Rehabilitation*, 11, 56-60.
- Conner, M. & Norman, P. (Eds.). (2005). *Predicting health behavior* (2nd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2005). Körperliche Aktivität. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 447-465). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Fuchs et al. (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils* (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. Göhner, W. & Seelig, H. (Hrsg.). (2007). *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (2009). Long-term effects of a standardized group intervention on physical exercise and health: The MoVo concept. (submitted).
- Göhner, W. (2007). MoVo-LISA: Ein Kleingruppenprogramm zum Aufbau des Bewegungsverhaltens. In R. Fuchs et al. (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils* (S. 340-353). Göttingen: Hogrefe.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
- Göhner, W., Seelig, H. & Fuchs, R. (2009). Intervention effects on cognitive antecedents of physical activity: A one-year follow-up study. *Applied Psychology: Health & Well-Being*, 1(2), 233-256.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Huonker, M. (2002). Körperliche Aktivität und kardiovaskuläre Erkrankungen. Prävention und Rehabilitation. In G. Samitz & G. Mensink (Hg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie* (S. 107-119). München: Marseille Verlag.
- Keck, M. & Budde, H. G. (1996). Praxis der Motivation zur ambulanten Herzgruppe. *Herz, Kreislauf*, 28, 311-315.
- Kempf, H. D., Reuß, P. & Brusis, O. (2000). *Praxisbuch Herzgruppen*. Stuttgart: Thieme.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.

Schlicht, W., Kanning, M. & Bös, K. (2003). Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des sekundären Risikofaktors Bewegungsmangel: Theoretische Modelle und praktische Evidenzen. In J. Jordan, B. Bardé & A. M. Zeiher (Hg.), *Expertise für die Status- und Konsensuskonferenz Psychokardiologie*. Frankfurt a. M.: VAS.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.

M.O.B.I.L.I.S. – Bewegt abnehmen

Andreas Berg, Ingrid Frey, Michael Hamm, Dieter Lagerstrøm, Reinhard Fuchs, Wiebke Göhner, Hans-Georg Predel, Aloys Berg

Zusammenfassung

Das vom Universitätsklinikum Freiburg und der Deutschen Sporthochschule Köln im Jahr 2004 initiierte M.O.B.I.L.I.S.-Schulungsprogramm wird zwischenzeitlich an über 100 Standorten in Deutschland angeboten. Es richtet sich an stark übergewichtige Erwachsene (BMI 30–40 kg/m²) und arbeitet interdisziplinär mit qualifizierten Fachkräften aus den Bereichen Bewegung/Sport, Psychologie/Pädagogik, Ernährung und Medizin. Die körperliche Aktivität steht zwar mit 35 praktischen Einheiten im Fokus des einjährigen Gruppenprogramms, Ernährungsumstellung und Verhaltensänderung sind aber ebenso zentrale Themen der insgesamt 21 theoretischen Sitzungen. Auf Grund einer Rahmenvereinbarung zwischen M.O.B.I.L.I.S. und der BARMER ist eine pauschalisierte Kostenerstattung des Programms möglich. Für ca. 2.000 Teilnehmer liegen mittlerweile Ergebnisse der Prozessevaluation vor; diese belegen Effizienz und Wirksamkeit des M.O.B.I.L.I.S.-Konzepts.

Einleitung

Energie in Form von Fett zu speichern hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten des Wohlstands zu einem gesundheitlichen Nachteil entwickelt. Verursacht durch das Überangebot an Nahrung und die fehlende Notwendigkeit, sich körperlich aktiv zu betätigen, besteht für die Mehrheit der Bundesbürger eine positive Energiebilanz und damit die Voraussetzung für Übergewicht. So ist in Deutschland die Adipositas – nach WHO definiert über einen Body-Mass-Index (BMI) von über 30 kg/m² – heute eines der am häufigsten auftretenden Gesundheitsprobleme. Nach aktuellen Angaben der Bundesregierung weisen 20 Prozent der Gesamtbevölkerung und nahezu 30 Prozent der 50–80-jährigen Frauen und Männer eine behandlungsbedürftige Adipositas auf (Max Rubner-Institut, 2008) beziehungsweise sind gefährdet für chronisch degenerative Folgeerkrankungen (Mokdad et al., 2001).

Zwischen der Adipositas und der Inzidenz verschiedener chronischer Erkrankungen besteht ein bekannter Zusammenhang. Aber auch die Lebenserwartung als aussagekräftigster Endpunkt ist von der Adipositas signifikant

betroffen; so ist bei Adipositas die Lebenserwartung in gleichem Maße wie durch Rauchen, ausgehend vom mittleren Erwachsenenalter, um etwa 6 Jahre verringert (Peeters et al, 2003). Im Vergleich zu anderen chronischen Krankheitsbildern wird der Stellenwert der Fettleibigkeit allerdings hinsichtlich Gesundheitsschäden – insbesondere von der Bevölkerung selbst – als gering eingeschätzt (Max Rubner-Institut, 2008). In der Regel wird die Adipositas erst bei Vorliegen von Begleiterkrankungen behandelt.

Vor diesem Hintergrund haben das *Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Rehabilitative und Präventive Sportmedizin* und die *Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin* im Jahr 2004 ein neuartiges Konzept zur Therapie der Adipositas und assoziierter Risikofaktoren auf den Weg gebracht. M.O.B.I.L.I.S. (multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung), so der Name des interdisziplinären Schulungsprogramms, will einen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie der Gesundheitsverantwortung leisten (Berg et al., 2008) und die durch individuelles Fehlverhalten auftretenden Gesundheitsrisiken korrigieren. Das demnächst vollständig evaluierte M.O.B.I.L.I.S.-Konzept – angestrebt ist die wissenschaftliche Auswertung eines Datensatzes von 4.000–5.000 Teilnehmern – soll später als standardisierte Maßnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden und ein wirksames, therapeutisches Instrument zur Therapie der Adipositas im Erwachsenenalter liefern.

Innerhalb von fünf Jahren konnte M.O.B.I.L.I.S. mit seinen aktuell über 100 Standorten als größtes Programm seiner Art in Deutschland fest etabliert werden (Abb. 1). Bis zum Jahresende 2008 liefen 192 M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen, was einer Gesamtteilnehmerzahl von 3.034 Personen entspricht.

In der Gesundheits- und Sportpolitik stößt die M.O.B.I.L.I.S.-Initiative auf große Resonanz: Über 100 Minister und Mandatsträger aus Europa, Bund sowie Land begleiten M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen als Paten in ihren Wahlkreisen.

Auch in Fachkreisen ist M.O.B.I.L.I.S. anerkannt und wird als standardisiertes Adipositasschulungsprogramm immer häufiger empfohlen. So schreibt Prof. Dr. Alfred Wirt in der im Januar 2008 erschienenen 3. Auflage seines Lehrbuchs „Adipositas“ über M.O.B.I.L.I.S.: „Es entspricht Prinzipien einer strukturierten Adipositasschulung, wie sie weltweit empfohlen wird; M.O.B.I.L.I.S. ist vorbildlich“ (Wirth, 2008). Damit schneidet M.O.B.I.L.I.S. in seiner kritischen Bewertung der bekanntesten Programme zur Gewichtsreduktion im Vergleich mit Abstand am besten ab.

Organisation und Umsetzung

M.O.B.I.L.I.S. arbeitet interdisziplinär mit vier Therapieschwerpunkten für die anerkannte Experten zur Verfügung stehen:

- Bewegung: Ass. Prof. Dr. Dieter Lagerstrøm (Agder University, Kristiansand/Norwegen), Ute Haas (Kalorienbalance Institut, Köln) und Dr. Mona Laqué (Deutsche Sporthochschule Köln, Inst. f. Kreislaufforschung u. Sportmedizin).
- Psychologie/Pädagogik: Prof. Dr. Reinhard Fuchs (Universität Freiburg, Inst. f. Sport und Sportwissenschaft), Dr. Wiebke Göhner (Katholische Fachhochschule Freiburg) und Melanie Hautz (jobID, Freiburg).
- Ernährung: Prof. Dr. troph. Michael Hamm (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Studiendepart. Ökotrophologie) und Prof. Dr. med. Aloys Berg (Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Rehabilitative u. Präventive Sportmedizin).
- Medizin: PD Dr. med. Peter Deibert und Prof. Dr. med. Daniel König (Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Rehabilitative u. Präventive Sportmedizin), Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel (Deutsche Sporthochschule Köln, Inst. für Kreislaufforschung u. Sportmedizin) sowie Prof. Dr. med. Martin Halle (Klinikum rechts der Isar/TU München, Abt. f. Präventive und Rehabilitative Sportmedizin).

Für jeden der vier Schwerpunkte existieren standardisierte Manuale, die von den oben genannten Experten erarbeitet wurden, kontinuierlich weiterentwickelt und einer laufenden Qualitätskontrolle unterzogen werden. Jedes Jahr gibt M.O.B.I.L.I.S. eine aktualisierte Programmfassung heraus und stellt sämtlichen beteiligten Trainern bzw. Ärzten die neuen Arbeitsmaterialien kostenlos zur Verfügung.

Seit Dezember 2004 bilden die M.O.B.I.L.I.S.-Experten jährlich 20 bis 40 komplette Teams (Dipl.-Sportlehrer/Sportwissenschaftler, Dipl.-Psychologen/Dipl.-Pädagogen, zertifizierte Diätassistenten/Dipl.-Ökotrophologen, internistisch ausgerichtete Mediziner) für neue Standorte aus. Diese Teams können im Anschluss M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen anbieten.

Die Verwaltung und Organisation des Gesamtprojekts erfolgt von Freiburg aus über den gemeinnützigen M.O.B.I.L.I.S. e.V. bzw. dessen Zentrale, die unter anderem die Teilnehmerverwaltung für alle lokalen Gruppen übernimmt und die Einhaltung der geforderten Standards überwacht. M.O.B.I.L.I.S. arbeitet nicht Gewinn orientiert und verfolgt keinerlei kommerzielle Interessen.

Aufbau und Inhalte

Um Übergewicht zu senken gibt es nur eine effektive Lösung: die dauerhafte Umstellung des Aktivitätsverhaltens in Richtung einer ausgeglichenen Energiebilanz und die gleichzeitige Verbesserung der Ernährungsqualität. Entsprechend zeigt das M.O.B.I.L.I.S.-Konzept individuelle Wege zur Einhaltung eines gesundheitsbewussten Lebensstils auf mit dem Ziel – entsprechend der DAG (Deutsche Adipositas Gesellschaft) Leitlinien (Deutsche Adipositas-Ges., 2007) – Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Lebensqualität zu verbessern.

Die Schulung der Teilnehmer erstreckt sich über einen Zeitraum von einem Jahr. Insgesamt gibt es 35 Bewegungseinheiten, 18 Gruppensitzungen sowie 3 Praxissitzungen zum Thema Ernährung. Die medizinische Betreuung der Teilnehmer (3 Visiten) durch einen geschulten M.O.B.I.L.I.S.-Arzt gehört ebenfalls zum festen Bestandteil des Programms. Inhalte und Theorie der einzelnen Schwerpunktbereiche des Programms sind in vorausgegangenen Publikationen bereits beschrieben worden (Göhner et al., 2007; Fuchs et al., 2007; Berg et al., 2007); nachfolgende Ausführungen beschränken sich daher auf eine zusammenfassende Kurzübersicht:

- *Bereich Bewegung:* Der Bewegungspart umfasst 35 praktische Einheiten, die mit Ausnahme des Abschluss-Fitnesstests, im ersten Halbjahr stattfinden. Unter Anleitung eines Sportlehrers/Sportwissenschaftlers treffen sich die Teilnehmer ein- bis zweimal pro Woche abwechselnd im Freien (bei Wind und Wetter) und in der Halle, um in der Gruppe individuelle Bewegungserfahrungen zu sammeln. Im Mittelpunkt stehen dabei verschiedene Ausdauertrainingsarten (z.B. Walking oder Nordic-Walking), aber auch gezielte Übungen zur Kräftigung der Muskulatur (z.B. mit dem Thera-Band®), zur Koordination und zur Entspannung. Mit Hilfe des speziell für M.O.B.I.L.I.S. entwickelten 50+50-Punkteprogramms lernen die Teilnehmer, die aufgezeigten Aktivitäten in ihren Alltag sinnvoll einzusetzen. Das geführte Bewegungsprogramm endet nach Abschluss des ersten Halbjahres, kann aber auf Wunsch individuell fortgeführt werden. Eine sinnvolle Ergänzung der Bewegungspraxis liefern zwei theoretische Gruppensitzungen zum Thema Bewegung.
- *Bereich Psychologie/Pädagogik:* In 11 Gruppensitzungen wird das Thema Verhaltensänderung mit einem Dipl.-Psychologen/Dipl.-Pädagogen besprochen. Jede Sitzung ist einem speziellen Thema gewidmet; die Teilnehmer erhalten während der Sitzungen theoretische Informationen und werden zu schriftlichen sowie mündlichen Aufgaben angeleitet.

Zwischen den Gruppensitzungen sind sie dazu aufgefordert, konkrete Aufgaben zur Verhaltensänderung in ihrem Alltag fortzuführen und den Fortschritt zu dokumentieren. Wichtig: (a) Ein Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander ist (in zeitlich begrenztem Rahmen und mit Themenvorgabe) zwar vorgesehen, steht aber nicht im Mittelpunkt (keine Selbsthilfegruppe). (b) In den Gruppensitzungen kommen verhaltenstherapeutische Elemente zum Einsatz. Eine Psychotherapie wird dagegen nicht angeboten, und es wird auch keine Ursachenforschung („Warum bin ich übergewichtig?“) betrieben.

- *Bereich Ernährung:* Der Ernährungsteil beinhaltet 3 Gruppensitzungen zur theoretischen Wissensvermittlung, 2 verhaltenstherapeutische Gruppensitzungen sowie 3 Praxissitzungen und wird von einer zertifizierten Diätassistentin/Dipl.-Ökotrophologin (Ernährungswissenschaftlerin) durchgeführt. Anstelle von starren Diätplänen und strengen Einschränkungen beim Essen gibt M.O.B.I.L.I.S. einen Orientierungsrahmen für die richtige Lebensmittelauswahl vor. Die dabei zentralen Empfehlungen lauten: fettgesunde, kohlenhydratbewusste und eiweißbetonte Ernährung. Am Beispiel der M.O.B.I.L.I.S.-Ernährungspyramide werden konkrete Lebensmittelpfehlungen für einen schlanken und fitnessfördernden Speiseplan gegeben und deren Umsetzung eingeübt. Die Teilnehmer erwartet kein Kochkurs. Ziel ist eine dauerhafte persönlich zufriedenstellende Strategie für den Ernährungsalltag in eigener Verantwortung. Zur praktischen Umsetzung der M.O.B.I.L.I.S.-Ernährungsempfehlungen steht den Teilnehmern wiederum das 50+50-Punkteprogramm zur Verfügung.
- *Bereich Medizin:* Alle Teilnehmer werden zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Programms von einem Allgemeinmediziner oder Internisten medizinisch untersucht (Anamnese, Blutwerte, Belastungs-EKG). Der Arzt ist nicht in den Bewegungseinheiten sowie Gruppensitzungen anwesend und übernimmt keine über M.O.B.I.L.I.S. hinausgehende ärztliche Beratung. Für den Bereich Medizin sind keine eigenen Schulungseinheiten im M.O.B.I.L.I.S.-Programm (Gruppensitzungen) vorgesehen. Dem therapeutischen Team liegt jedoch ein ausführliches Manual mit medizinischem Grundwissen zu Übergewicht, Adipositas, Gesundheit und Krankheit vor. Damit weiß es um die Zusammenhänge von Übergewicht und Krankheitsrisiko Bescheid und kann den Teilnehmern in den Gruppensitzungen bzw. Bewegungseinheiten auf Nachfrage zu besagtem Themenkomplex Auskunft geben.

Teilnahmevoraussetzungen und Kosten

Eine lokale M.O.B.I.L.I.S.-Gruppe besteht aus weiblichen und männlichen Teilnehmern, dabei wird eine Gruppengröße von 15 bis maximal 18 Personen angestrebt. Starttermine von neuen Gruppen werden über die regionalen Medien bekannt gegeben und darüber hinaus – unter Angaben des Trainerteams und der Örtlichkeiten – frühzeitig auf der M.O.B.I.L.I.S.-Homepage (www.mobilis-programm.de) veröffentlicht.

Als Teilnehmer zugelassen werden Erwachsene mit einem Eingangs-BMI von 30–40 kg/m² und mindestens einem Adipositas assoziierten Risikofaktor. Eine grundsätzliche Altersbegrenzung ist nicht vorgegeben; allerdings müssen die Teilnehmer trainierbar sein, d.h. eine symptomfreie Leistungsfähigkeit von mindestens 1 Watt pro kg Körpergewicht und eine noch ausreichende motorische Kompetenz aufweisen. Ausschlusskriterien sind: allgemeingültige Kontraindikationen gegen körperliche Belastung, Typ1-Diabetes, Leber- und Nierenschäden mit Indikation zur Eiweißrestriktion, psychiatrische Erkrankungen und Essstörungen (Bulimie, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder), Einnahme von Anti-Adiposita sowie Zustand nach chirurgischer Magenverkleinerung oder bösartiger Tumorerkrankung mit krankheitsfreiem Intervall von weniger als 5 Jahren.

Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit besteht zwischen M.O.B.I.L.I.S. und der BARMER. Auf Grund ihrer Rahmenvereinbarung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wurde im Jahr 2004 erstmals eine pauschalisierte Kostenerstattung für Teilnehmer eines Adipositasbildungsprogramms zu bundesweit einheitlichen Konditionen möglich. So beteiligt sich die BARMER bei regelmäßiger Teilnahme (75 %) mit 685,00 Euro (Gesamtkosten: 785,00 Euro) an den Kosten. Die Versicherten haben eine Eigenbeteiligung von 100,00 Euro zu entrichten. Versicherten anderer Kassen steht M.O.B.I.L.I.S. gleichfalls offen. Die meisten gesetzlichen Krankenkassen erstatten ihren Kunden die Kosten nach dem Vorbild der BARMER.

Erfolgskontrolle und Ergebnisse

Mit Datum vom 15.08.2008 lagen dem Universitätsklinikum Freiburg für die Auswertung der vorliegenden Stichprobe Daten aus 120 abgeschlossenen Gruppen vor; von 1.912 angemeldeten Teilnehmern hatten 1.639 Personen das Programm nach der vorgesehenen Teilnahmedauer von 12 Monaten beendet. Für diese 1.639 Personen (im weiteren Text und in den Tabellen als „Completers“ bezeichnet) existieren komplette paarige Daten aus der Eingangs- und Abschlussuntersuchung. Nach Intention-to-treat-Kriterien er-

reichten 45% der Teilnehmer das Ziel einer mindestens 5% Gewichtsabnahme und 21% das Ziel einer mindestens 10% Gewichtsabnahme. Der Anteil der Teilnehmer, der aus dem laufenden Programm ausschied („Dropout“), lag bei 14,3% (Tab. 1 und 2a).

Die persönlichen Daten der 1.639 Teilnehmer aus den 120 abgeschlossenen Gruppen sind in Tab. 1 zusammengestellt. Das mittlere Alter der Teilnehmer liegt bei 48,7 Jahren, der Frauenanteil bei 76,9%.

Tab. 1: Persönliche und anthropometrische Daten zu Beginn der Teilnahme für die Gesamtgruppe sowie für die Gruppe der Completers und der späteren Dropout

	Gesamt	Completers	Dropout
Anzahl (n)	1.912	1.639	273
Alter (J)	48,7 ±11,17	48,8 ±11,19	47,8 ±11,02
Frauenanteil (%)	76,9	77,9	70,7
Gewicht (kg)	102,0 ±13,8	101,5 ±13,6	105,4 ±14,2 *
BMI (kg/m ²)	35,5 ±3,03	35,4 ±3,03	35,9 ±3,03 **
Bauchumfang (cm)	111,9 ±10,7	111,8 ±10,7	113,2 ±10,8

(*) Die Teilnehmer der späteren Dropout-Gruppe haben zur Eingangsuntersuchung ein signifikant höheres Gewicht ($p < 0.001$) wie auch (**) einen höheren BMI-Wert ($p < 0,01$).

Angaben als Mittelwert ± Standardabweichung; Diff., Differenz aus Wert (nach-vor)

Die Beschreibung der Ergebnisse beschränkt sich auf die Änderungen der Gewichtssituation als primäre Zielvariable sowie die darüber beschriebene Erfolgsaussage in der Gruppe der Completers (Tab. 2b). Sie geht in einer Subgruppenanalyse auf die Beeinflussung des Ergebnisses durch die Faktoren Geschlecht (Tab. 3) und Alter (Tab. 4a, 4b) ein.

Die anthropometrischen Eingangsdaten (Tab. 1) für die Gruppe der Completers und der späteren Dropout unterscheiden sich im Eingangs-Körpergewicht und im BMI-Wert. So sind die späteren Dropout bei Programmbeginn signifikant schwerer und weisen auch einen höheren BMI-Wert auf.

Die Ergebnisse für die Completers sind in Tab. 2b dargestellt. Zur Abschlussuntersuchung zeigen diese durchschnittliche Veränderungen im absoluten Gewicht von -6,2 kg, im BMI von -2,2 kg/m² und im Bauchumfang von -7,1 cm. Vergleicht man die Teilnehmer hinsichtlich ihres Therapieerfolgs, so lassen sich auch Personen mit fehlendem oder geringem Erfolg erkennen (Tab. 2a)

Tab. 2a: Verteilung der Teilnehmer (n=1.912) auf die jeweiligen Erfolgsklassen und die absoluten Gewichtsveränderungen

	Dropout (Abbrecher)	Non-Responder Teilnehmer mit Gewichtszunahme	Responder-I 0-4,9% Teilnehmer mit geringem Erfolg	Responder-II 5-9,9% Teilnehmer mit gutem Erfolg	Responder-III 10% und mehr Teilnehmer mit sehr gutem Erfolg
n	273	275	499	465	400
% n	14,3	14,4	26,1	24,3	20,9
Diff. kg	k.A.*	2,8 ±2,84	-2,6 ±1,41	-7,5 ±1,74	-15,4 ±5,20

Einteilung nach Gewichtszunahme bzw. relativer Gewichtsabnahme entsprechend 0-4,9%, 5-9,9%, 10% und mehr

* k.A. = keine Angaben; Angaben zur Gewichtsveränderung der Dropout liegen nicht vor

Angaben als Mittelwert ± Standardabweichung; Diff., Differenz aus Wert (nach-vor)

Tab. 2b: Anthropometrische Daten zu Beginn und nach 1-jähriger Teilnahme für die Gruppe der Completers (n=1.639)

	vor	nach	Diff.	Sign. (p)
Gewicht (kg)	101,5 ±13,7	95,3 ±14,8	-6,2 ±6,94	<0,001
BMI (kg/m²)	35,4 ±3,02	33,3 ±3,81	-2,2 ±2,38	<0,001
Bauch- umfang (cm)	111,7 ±10,7	104,7 ±11,49	-7,1 ±7,63	<0,001

Angaben als Mittelwert ± Standardabweichung; Diff., Differenz aus Wert (nach-vor)

Die Veränderungen in den anthropometrischen Parametern nach einjähriger Teilnahme sind für Frauen und Männer weitgehend gleich (Tab. 3). Beide Geschlechter erreichen durchschnittliche Abnahmen im BMI-Wert von mehr als zwei Einheiten, im absoluten Gewicht von 6 bzw. 6,8 kg und im Bauchumfang von über 7 cm.

Tab. 3: Anthropometrische Daten zu Beginn und nach 1-jähriger Teilnahme für die Gruppe der Completers differenziert nach Geschlecht (weiblich n=1.277, männlich n=362)

	vor	nach	Diff.	Sign. (p)
Alter (J)*				
weiblich	48,1 ±10,99	-. -	-. -	-. -
männlich	51,6 ±11,49	-. -	-. -	-. -
Gewicht (kg)				
weiblich	97,9 ±11,4	91,9 ±12,9	-6,0 ±6,83	<0,001
männlich	114,0 ±13,6	107,2 ±14,9	-6,8 ±7,29	<0,001
BMI (kg/m²)				
weiblich	35,4 ±3,04	33,3 ±3,84	-2,2 ±2,42	<0,001
männlich	35,4 ±2,96	33,3 ±3,68	-2,1 ±2,21	<0,001
Bauchumfang (cm)				
weiblich	109,2 ±9,72	102,3 ±10,60	-6,9 ±7,68	<0,001
männlich	120,9 ±8,9	113,1 ±10,53	-7,8 ±7,42	<0,001

* Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant (p<0,001) in ihrem Eingangsalter sowie in ihrem absoluten Gewicht und dem Bauchumfang; die BMI-Werte sowie die erzielten Veränderungen nach 1-jähriger Teilnahme unterscheiden sich nicht.

Angaben als Mittelwert ± Standardabweichung; Diff., Differenz aus Wert (nach-vor)

Der Erfolg des Schulungsprogramms ist nicht vom Alter der Teilnehmer abhängig (Tab. 4a). Trotz unterschiedlicher körperlicher Leistungsfähigkeit (Tab. 4b) werden in den drei Altersgruppen (unter 45 Jahre, 45 bis 60 Jahre und über 60 Jahre) vergleichbare Resultate erzielt. Ebenso steigt in allen Altersgruppen bei zuvor vom Alter abhängiger, unterschiedlicher Baseline-Fitness die ergometrisch getestete Leistungsfähigkeit signifikant an; diese Verbesserung liegt deutlich über dem durch die Gewichtsabnahme zu erwartendem Leistungszuwachs.

Tab. 4a: Anthropometrische Daten zu Beginn und nach 1-jähriger Teilnahme für die Gruppe der Completers differenziert nach Altersgruppen 18-44,9 J. (n=595), 45-59,9 J. (n=755), 60 J. und älter (n=288)

	vor	nach	Diff.	Sign. (p)
Gewicht (kg)				
18-44,9J.	104,8 ±14,5	99,2 ±15,7	-5,6 ±7,76	<0,001
45-59,9J.	100,1 ±12,9	93,7 ±14,2	-6,3 ±6,67	<0,001
60J. und älter	98,4 ±12,3	91,4 ±12,4	-6,9 ±5,66	<0,001
BMI (kg/m²)				
18-44,9J.	35,9 ±3,1	33,9 ±3,9	-1,9 ±2,61	<0,001
45-59,9J.	35,3 ±2,9	33,1 ±3,8	-2,2 ±2,32	<0,001
60J. und älter	34,7 ±2,9	32,3 ±3,2	-2,4 ±1,98	<0,001
Bauchumfang (cm)				
18-44,9J.	110,7 ±11,3	104,5 ±12,0	-6,3 ±8,28	<0,001
45-59,9J.	111,8 ±10,3	104,3 ±11,6	-7,5 ±7,29	<0,001
60J. und älter	113,8 ±10,2	105,9 ± 10,0	-7,7 ±6,94	<0,001

Angaben als Mittelwert ± Standardabweichung; Diff., Differenz aus Wert (nach-vor)

Tab. 4b: Körperliche Leistungsfähigkeit zu Beginn und nach 1-jähriger Teilnahme für die Gruppe der Completers differenziert nach Altersgruppen (18-44,9J., 45-59,9J., 60J. und älter)

Altersgruppe*	n	Alter (J)	Leistung (W/kg)	Sign. (p)
18-44,9J.	595	36,9 ± 6,40	vor 1,39 ±0,31 nach 1,59 ±0,41	<0,001
45-59,9J.	755	52,3 ± 4,12	vor 1,32 ±0,34 nach 1,53 ±0,43	<0,001
60J. und älter	288	64,5 ±3,03	vor 1,19 ±0,29 nach 1,31 ±0,32	<0,001

* Die gebildeten Gruppen unterscheiden sich in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit (Eingangsleistungsfähigkeit 18-44,9J. vs. 45-59,9J. $P>0,01$, 18-44,9J. vs. 60J. und älter $p>0,001$, 45-59,9J. vs. 60J. und älter $p>0,01$)

Angaben als Mittelwert ± Standardabweichung; Diff., Differenz aus Wert (nach-vor)

Diskussion der Ergebnisse

Die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse zum M.O.B.I.L.I.S.-Programm zeigen, dass Adipöse im BMI-Bereich von 30 bis 40 kg/m² unabhängig von Geschlecht und Alter über die regelmäßige Teilnahme an einem bewegungsorientierten Schulungsprogramm mit Erfolg abnehmen können. Im Verlauf von 12 Monaten kann mit einer durchschnittlichen Gewichtsabnahme von 6,2 kg gerechnet werden. Gemessen am spontanen Gewichtsverlauf und einer zu erwartenden Gewichtszunahme von zirka 0,5 kg im Zeitraum von zwölf Monaten (Droyvold et al., 2006) sollten auch die Gewichtsabnahmen von im Mittel -2,6 kg für die Responder-Gruppe-I (siehe: Tab. 2a: Teilnehmer mit geringem Erfolg) als noch günstig bewertet werden.

Darauf weisen auch Vergleiche mit Ergebnissen aus anderen pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionsstudien hin (Padwal et al., 2007; Dansinger et al., 2005). So werden in nicht-pharmakologischen Interventionsstudien mit adipösen Erwachsenen im Verlauf von zwölf Monaten meist nur mittlere Gewichtsabnahmen im Bereich von 3 kg erreicht (Dansinger et al., 2005).

Im M.O.B.I.L.I.S.-Programm haben Frauen und Männer die gleichen Erfolgchancen. Wenngleich der Anteil der weiblichen Teilnehmer mit 76,9% erwartungsgemäß gegenüber dem Männeranteil mit 23,1% deutlich höher liegt, wird das Programm auch von den männlichen Teilnehmern akzeptiert und mit Erfolg zu Ende gebracht (Westenhöfer, 2005). Ebenso ist es möglich, auch im Alter von über 60 Jahren – bei vorliegender Indikation – gezielt und mit Erfolg abzunehmen.

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass bei Induktion einer negativen Energiebilanz (Zielbereich ca. 400 kcal/Tag) über eine zumutbare Kombination von Kalorienreduktion und Mehraktivität akzeptable Gewichtserfolge erzielt und gehalten werden können. Es bleibt abzuwarten, ob sich die aufgezeigten Ergebnisse auch in der angestrebten Endevaluation mit einer Stichprobe von 4.000-5.000 Teilnehmern bestätigen lassen. Zudem wird es eine wichtige Aufgabe sein, die Erfolgsaussichten im M.O.B.I.L.I.S.-Programm in Abhängigkeit von persönlichen Merkmalen besser verstehen zu lernen. Dies scheint notwendig, um Aussteiger und Non-Responder auf andere, für sie erfolgreichere Interventionswege zu bringen, aber auch um Programmbausteine zu optimieren und die Erfolgsstärke des Schulungsprogramms im Empfehlungsbereich der DAG zu stabilisieren.

Literaturverzeichnis

- Berg, A. jr, Hamm, M., Berg, A. (2007). M.O.B.I.L.I.S. Erfolg versprechende Lebensstiländerung für stark übergewichtige Erwachsene. *aid – ernährung im focus*, 7: 104-110.
- Berg, A., Berg, A. jr., Frey, I., König, D., Predel, H.G. (2008). Ergebnisse zu M.O.B.I.L.I.S. – einem Bewegungsorientierten Schulungsprogramm für adipöse Erwachsene. *DÄB*, 11: 197-203.
- Dansinger, M.L., Gleason, J.A. Griffith, J.L., Selker, H.P., Schaefer, E.J. (2005). *Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial*. *JAMA*, 293: 43-53.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (2007). *Leitlinie zur Therapie der Adipositas*. www.adipositas-gesellschaft.de.
- Droyvold, W.B., Nilsen, T.I., Kruger, O, et al. (2006). Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT Study in Norway. *Int J Obes*, 30: 935-939.
- Fuchs, R., Göhner, W., Selig, H. (2007). *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
- Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. (2008). *Nationale Verzehrs Studie II, Ergebnisbericht*. Karlsruhe.
- Mokdad, A.H., Bowman, B.A., Ford, E.S., Vinicor, F., Marks, J.S., Koplan, J.P. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA*, 286: 1195-1200.
- Padwal, R.S., Majumdar, S.R. (2007). *Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant*. *Lancet*, 369: 71-77
- Peeters, A., Barendregt, J.J., Willekens, F., Mackeback, J.P., Al Mamun, A., Bonneus, L. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med.*, 138: 24-38.
- Westenhöfer, J. (2005). Evaluierte Therapieprogramme in Deutschland – wer spricht darauf an. In H. Ebersdobler, H. Hesecker, G. Wolfram (Hrsg.), *Adipositas – eine Herausforderung für's Leben*. *Wiss. Schriftenreihe der Ernährungsgesellschaften* (S. 169-184). Stuttgart: WSV.
- Wirth, A. (2008). *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. Heidelberg 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin.

Gesundheitsförderung im Dialog: Die Bedeutung Partizipativer Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen

Martin Härter, Daniela Simon

Eine stärkere Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen wird aufgrund des steigenden Wissens von Patienten über Erkrankungen und deren Behandlungen, wegen zunehmender Therapiemöglichkeiten im Zuge des medizinischen Fortschritts, aus ethischen und medizinrechtlichen Überlegungen sowie auf der Basis wissenschaftlicher Ergebnisse gefordert. Mit der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) wurde ein Vorgehen im Arzt-Patienten-Gespräch zur Beteiligung des Patienten bei Behandlungsentscheidungen definiert. Für den idealtypischen Gesprächsablauf liegen orientierende Handlungsschritte vor.

Der Transfer der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Versorgung kann durch drei Strategien umgesetzt werden, durch Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung ärztlicher bzw. therapeutischer Gesprächskompetenz, durch Entscheidungshilfen zur verbesserten Information und Vorbereitung der Entscheidung und durch Patientenschulungen.

Zur Untersuchung und Förderung von PEF im deutschen Gesundheitswesen wurde vom Bundesministerium für Gesundheit von 2001 bis 2007 der Förderschwerpunkt *„Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“* eingerichtet. In einem gemeinsamen Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und des Verbandes privater Krankenversicherung e.V. werden ab 2008 Forschungsprojekte zur versorgungsnahen Forschung zum Thema *„Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“* gefördert.

In diesem Beitrag wird die Bedeutung der Partizipativen Entscheidungsfindung für eine bedarfsgerechte Patienteninformation, für die Entwicklung von Schulungsprogrammen für chronisch kranke Menschen und zur Organisation einer Partizipativen Gesundheitsförderung und -beratung dargestellt.

Hintergrund

Im Gesundheitswesen kommt dem Thema Patientenbeteiligung in den letzten Jahren eine besondere Aufmerksamkeit zu (Badura, 2005). Von Patienten, Leistungsträgern und der Politik sowie von Seiten der Wissenschaft wird zunehmend eine aktive Partizipation von Patientinnen und Patienten propagiert. Dabei sind verschiedene Ebenen der Beteiligung gleichermaßen von Bedeutung:

Auf der *Makroebene* wurden in Deutschland Gesetze erlassen und Beteiligungsrechte geschaffen, durch welche die Partizipation von Patienten in der medizinischen Versorgung verbessert werden soll. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), die Veröffentlichung der Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ (www.bmgs.bund.de), die Beteiligung von Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de) und die Ernennung einer Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie die Gründung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sind gegenwärtig als Meilensteine hervorzuheben.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen förderten seit 2001 auf der *Mesoebene* im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben (§ 65b SGB V). Basierend auf den Ergebnissen des Modellvorhabens wurde 2006 der Modellverbund „Unabhängige Patientenberatung Deutschland GmbH“ gegründet. In der praktischen Erfahrung wird allerdings deutlich, dass eine stärkere Patientenbeteiligung sich nicht alleine durch Gesetzesinitiativen und strukturelle Maßnahmen durchsetzen lässt.

Die *Mikroebene* der Patientenbeteiligung umfasst die individuelle medizinische Entscheidung im direkten Gespräch zwischen Arzt und Patient. In diesem Bereich entstand der Ansatz des *Shared Decision Making* (Charles, Gafni & Whelan, 1997) (in Deutschland hat sich die Bezeichnung *Partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) durchgesetzt).

Mehrere Gründe sprechen für die Umsetzung einer höheren Patientenbeteiligung in der medizinischen Versorgung: Immer mehr Patienten wünschen sich eine weitergehende Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess, und zwar in Diagnostik wie Therapie. So zeigen beispielsweise Studien (Coulter & Magee, 2003), dass Patienten mehrheitlich bei Behandlungsentscheidungen im ärztlichen Gespräch explizit beteiligt werden wollen: Die Mehrheit der Patienten in Deutschland wie auch in anderen Ländern legen

großen Wert darauf, Informationen zu erhalten, Fragen stellen zu können und sich an den Entscheidungen zu beteiligen. Patientinnen und Patienten sind durch die steigende Verfügbarkeit medizinischer Fachinformationen über Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten immer besser informiert, das Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten sinkt. Zum anderen führt der medizinische Fortschritt zu immer mehr und immer besser belegten Therapiemöglichkeiten. Damit steigt auch die Notwendigkeit, diese Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Effektivität und ihrer Nebenwirkungen sowie unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse abzuwägen.

Auch medizinrechtliche Gründe sprechen für den Ansatz: In der Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz wird dargelegt, dass Ärzte ihre Patienten verpflichtend über Art und Wahrscheinlichkeit von Risiken im Verhältnis zu Heilungschancen und über alternative Behandlungsmöglichkeiten unterrichten müssen (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Justiz, 2005). Auf diese Weise sollen Patienten in die Lage versetzt werden, die Bedeutung der jeweiligen Behandlung für sich einzuschätzen und ihre Präferenzen in den Entscheidungsprozess einzubringen. Die Notwendigkeit von Patientenbeteiligung wird schließlich durch Ergebnisse der Forschung unterstützt, die zeigen, dass viele Patienten ein hohes Informationsbedürfnis haben und mehrheitlich den Wunsch äußern, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden (Coulter, 1999).

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick der Stand der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, in dem sowohl der typische Gesprächsprozess als auch Einsatzbereiche und Möglichkeiten des Transfers dieses Kommunikationsmodells in die Praxis der Gesundheitsförderung und -beratung erläutert werden.

Modelle medizinischer Entscheidungsfindung

Das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF; engl.: *Shared Decision-Making*) wird häufig in Abgrenzung zu anderen Modellen der medizinischen Entscheidungsfindung beschrieben (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Modelle medizinischer Entscheidungsfindung

		Paternalistisches Modell	Shared Decision-Making	Informationsmodell
Informationsaustausch	Richtung des Informationsflusses	Vom Arzt zum Patienten	Vom Arzt zum Patienten und vom Patienten zum Arzt	Vom Arzt zum Patienten
	Art der Information	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	Ausmaß der Information	Entsprechend der gesetzlichen Anforderungen	alles für die Entscheidung relevante	alles für die Entscheidung relevante
Wer wägt die unterschiedlichen Behandlungen gegeneinander ab?		Arzt alleine	Arzt und Patient	Patient alleine
Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?		Arzt	Arzt und Patient	Patient

Dabei nimmt es eine Mittelstellung ein zwischen dem *paternalistischen Modell* und dem *Informationsmodell*. Im *paternalistischen Modell* befindet sich der Patient in einer weitgehend passiven Rolle und ist von der Expertise des Arztes abhängig (Coulter, 1999)¹. Es fließt vorwiegend medizinische Information vom Arzt zum Patienten. Auf der Grundlage seines Expertenwissens trifft der Arzt eine Entscheidung, ohne sich mit dem Patienten über dessen Präferenzen zu verständigen und diese zu berücksichtigen. Anschließend gibt er dem Patienten die erforderlichen Informationen, damit dieser die Therapie möglichst getreu der ärztlichen Empfehlung umsetzen kann. Die Verantwortung für die Entscheidung liegt in erster Linie beim Arzt. Beim *Informationsmodell* besteht die Hauptverantwortlichkeit des Arztes darin, dem Patienten auf möglichst neutrale Weise alle wichtigen Informationen zur Behandlung

1 Im weiteren Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die geschlechtsneutrale Form Patient bzw. Arzt verwandt, wobei damit immer – wenn nicht ausdrücklich anders angegeben – beide Geschlechter gemeint sind.

mitzuteilen. Basierend auf der Annahme, dass der Patient sich über seine eigenen Präferenzen im Klaren ist und am besten weiß, was gut für ihn ist, trifft er die Entscheidung ohne seinen Arzt (Charles, Gafni & Whelan 1999). Dem Patienten sind damit die Entscheidungsfreiheit und gleichzeitig auch die Verantwortung überlassen.

Unter der *Partizipativen Entscheidungsfindung* versteht man einen Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen (Härter, 2004). Partizipative Entscheidungsfindung bezeichnet also eine Form der Arzt-Patient-Kommunikation, die zum Ziel hat, den Wunsch des Patienten nach Beteiligung an den Entscheidungen über sein Gesundheitsproblem zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte einer anstehenden Entscheidung. Dabei fließt die Information in beide Richtungen, der Arzt stellt medizinische Informationen bereit, der Patient berichtet von seinen Präferenzen und persönlichen Lebensumständen, die von Relevanz für die Entscheidung sein können. Arzt und Patient treffen die Entscheidung gemeinsam und teilen sich die Verantwortung.

Die einzelnen Einflussvariablen auf die Partizipative Entscheidungsfindung können beispielhaft anhand eines Prozessmodells (Loh & Härter, 2005) beschrieben werden. Hierbei wird auch deutlich, dass im Rahmen der Partizipativen Entscheidungsfindung immer auch individuelle Entscheidungskriterien berücksichtigt werden müssen.

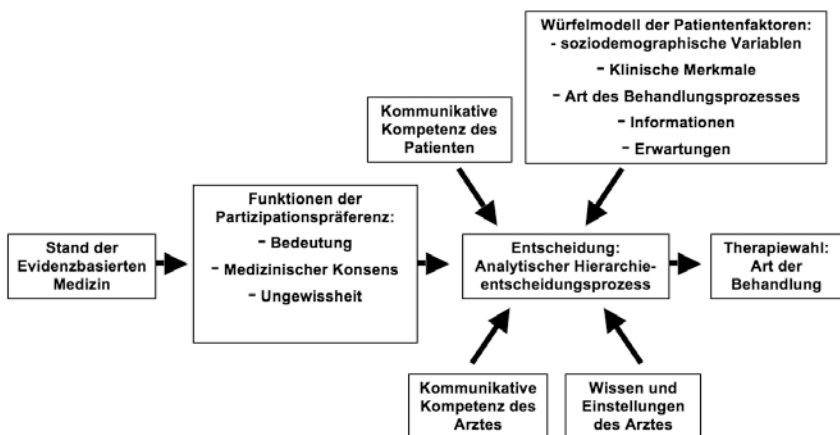


Abbildung 1: Prozessmodell der Partizipativen Entscheidungsfindung

Forschung zur Partizipativen Entscheidungsfindung

Die Partizipative Entscheidungsfindung wurde Mitte der 1990er-Jahre in einer kanadischen Arbeitsgruppe zum ersten Mal in systematischer Weise beschrieben (Charles et al., 1999). In den letzten Jahren stiegen die Aktivitäten zur empirischen Absicherung des Modells (s. Abb. 2) sowie zu seiner Umsetzung in der Versorgung.

Es liegen zahlreiche systematische Übersichtsarbeiten vor, die belegen, dass das Thema Patientenbeteiligung und Partizipative Entscheidungsfindung bei medizinischen Entscheidungen umfassend und mit methodisch hohen Standards erforscht wird. Die Ergebnisse kontrollierter Studien dokumentieren, dass PEF-Interventionen durch medizinische Entscheidungshilfen („Decision Aids“), Ärzte- oder Patientenschulungen wirksam sind (Loh, Simon, Kriston & Härter, 2007). Auf dieser Grundlage ist eine verstärkte Beteiligung und Partizipation von Patienten bei medizinischen Entscheidungen im Gesundheitswesen als sinnvoll und effektiv zu bewerten.

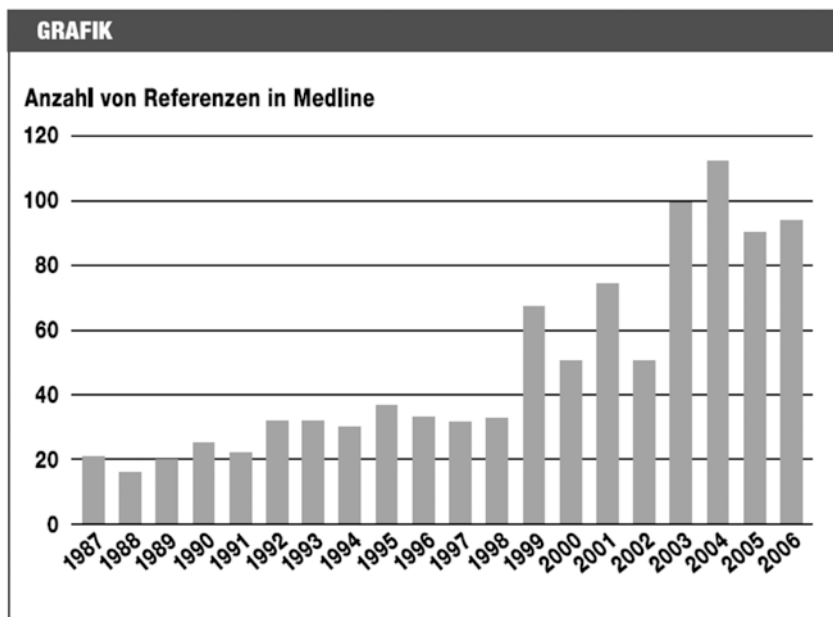


Abbildung 2: Anzahl von Publikationen zu Patientenbeteiligung, partizipativer und informierter Entscheidungsfindung (aus: Loh et al., 2007)

Medizinische Entscheidungshilfen (Decision Aids) haben für die Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung eine große Bedeutung. Im deutschen Sprachraum besteht allerdings noch großer Entwicklungsbedarf gegenüber angloamerikanischen Ländern. Für die Entwicklung dieser Materialien gibt es ein Rahmenkonzept, auf dessen Grundlage Interventionen und deren Evaluation erarbeitet werden können (Simon, Loh & Härter, 2008). Für den Transfer in das deutsche Gesundheitswesen wurden wirksame Trainingsmaßnahmen zur Förderung spezifischer ärztlicher Gesprächs- und Handlungskompetenzen entwickelt. Diese wurden in Transferprojekten des BMG-Förderschwerpunkts „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ in die Regelversorgung übertragen (z.B. Loh, Simon, Bieber, Eich & Härter, 2007).

Ablauf der Partizipativen Entscheidungsfindung

Für eine gelungene Partizipation an einer medizinischen Entscheidung wurden konsensuell entwickelte Handlungsschritte erarbeitet (s. Abb. 3).

1. Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
 2. Gleichberechtigung der Partner formulieren
 3. Über Wahlmöglichkeiten informieren („Equipoise“)
 4. Über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
 5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
 6. Präferenzen ermitteln
 7. Aushandeln
 8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
 9. Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen
-

Abbildung 3: Schritte im Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung

Diese Schritte stellen keinen streng festgelegten Ablauf dar, sondern dienen als Orientierung, um für eine Beteiligung wichtige Gesprächselemente zu berücksichtigen. Entsprechend der Schritte beginnt der gemeinsame Entscheidungsprozess damit, dass zunächst von ärztlicher Seite die Notwendigkeit einer Behandlungsentscheidung und das Angebot einer gleichberechtigten Zusammenarbeit beider Partner bei der Entscheidungsfindung formuliert

wird. Daraufhin erfolgt die Beschreibung der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen. Das Vorliegen mehrerer gleichwertiger Behandlungsoptionen wird hierbei als „*Equipoise*“ (deutsch: *Gleichgewicht* oder *Gleichwertigkeit*) bezeichnet. Anschließend wird der Patient zu seinem Verständnis der Informationen sowie nach seinen Erwartungen und möglichen Befürchtungen hinsichtlich der Entscheidung befragt. Im nächsten Schritt werden die unterschiedlichen Präferenzen von Patient und Arzt ermittelt, ein Abwägen der Behandlungsalternativen erfolgt sowie ein Plan zur Umsetzung der gewählten Behandlung wird beschlossen (Loh & Härter, 2005).

Einsatzbereiche der Partizipativen Entscheidungsfindung

Das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung wurde ursprünglich für *chronische Erkrankungen* entwickelt. Es eignet sich vor allem, wenn mehrere gleichwertige, im besten Fall evidenzbasierte Therapieoptionen zur Wahl stehen, bei denen die Präferenzen des Patienten berücksichtigt werden sollten, wie z.B. bei der Behandlung einer Hypertonie. In vielen Fällen kann hierbei zunächst zwischen Basismaßnahmen wie Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung und Bewegung und der Senkung des Blutdrucks durch Medikamente entschieden werden. Außerdem ist PEF geeignet, wenn die Wichtigkeit der Entscheidung und der Konsequenzen für den Patienten hoch ist, d.h. wenn es sich um eine lebensbegleitende und -verändernde Erkrankung handelt. Eine Partizipative Entscheidungsfindung ist zudem immer indiziert, wenn Patienten eine Beteiligung ausdrücklich wünschen.

Studien haben gezeigt, dass vor allem *jüngere Patientinnen mit höherer Bildung* an einer Entscheidungsbeteiligung interessiert sind (Say, Murtagh & Thomson, 2006). Unterschiede in der Beteiligungspräferenz zwischen Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen konnten bisher nicht bestätigt werden (Hamann et al., 2007). Da sich die PEF an Bedürfnissen der Patienten orientiert, sollte Beteiligung jedoch nur in dem Ausmaß stattfinden, das von Patienten in der jeweiligen Situation tatsächlich gewünscht wird (Loh, Simon, Niebling & Härter, 2005). In *Krisen- oder Notfallsituationen*, oder wenn sich Patienten durch eine Beteiligung überfordert fühlen, ist ein partizipatives Vorgehen weniger oder gar nicht angebracht (Loh et al., 2007)

Transfer der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Praxis

Die konzeptionelle Entwicklung der PEF erfolgte bisher mit unterschiedlichen Schwerpunkten. So wurden *Kompetenzen für die Entscheidungsfindung* auf Arzt- und Patientenseite definiert (Towle & Godolphin, 1999); andere Autoren konzentrieren sich vor allem auf die *ärztliche Perspektive*, aus der die Präferenzen und Reaktionen des Patienten exploriert werden sollen (Elwyn, Edwards, Kinnersley & Grol, 2000). Ein weiterer Ansatz legt den Fokus auf die Unterstützung von Patienten durch *Entscheidungshilfen* (sog. *Decision Aids*) bei schwierigen medizinischen Entscheidungen (O'Connor et al., 2009). Basierend auf diesen Schwerpunkten kann die Umsetzung der PEF in die Versorgung generell durch drei unterschiedliche Strategien erfolgen, die sich auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eignen (Härter & Loh, 2007).

Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung ärztlicher Gesprächs- und Handlungskompetenz

Im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen werden *spezifische ärztliche Gesprächs- und Handlungskompetenzen* vermittelt. Dazu gehört, dass Ärzte die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten hinsichtlich einer Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess spezifisch erfragen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Kommunikation von Vor- und Nachteilen sowie möglicher Risiken oder Ungewissheit, die bei bestimmten Behandlungsoptionen bestehen. Entsprechende Trainingsmaßnahmen orientieren sich an idealtypischen Gesprächsabläufen, wie sie in Abbildung 3 dargestellt sind.

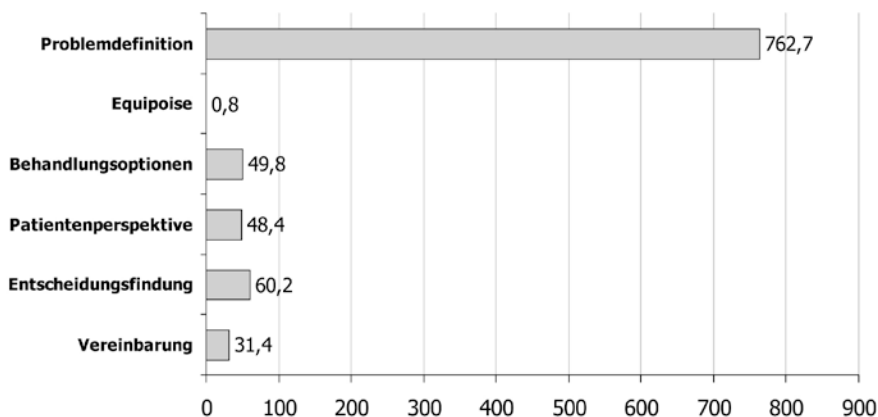
Effektive Fortbildungsmethoden führen zu mehr Entscheidungsbeteiligung und Behandlungszufriedenheit der Patienten (Loh et al., 2006). Zudem halten sich stärker beteiligte Patienten zuverlässiger an vereinbarte Therapiemaßnahmen (Loh, Leonhart, Wills, Simon & Härter, 2007). Ärzte fühlen sich durch die Umsetzung der Fortbildungsinhalte entlastet und zufriedener, ihr Umgang mit den Anliegen der Patienten und die Güte der Diagnostik verbessern sich (Maguire & Pitceathly, 2002; Loh et al., 2007).

Beispiel: Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung

Die hinreichende Information der Patienten über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten kann als wichtige Voraussetzung dafür angesehen werden, dass sich Patienten bei der Entscheidungsfindung aktiv beteiligen können. Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, depressive Patienten

noch besser über ihre Erkrankung und Behandlung zu informieren und sie an Behandlungsentscheidungen zu beteiligen.

Härter und Mitarbeiter (Loh et al., 2006) konnte zeigen, dass bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Versorgung, die mittlere Konsultationsdauer nicht sehr lange dauerte und in diesem Zeitrahmen, die Problemdefinition überproportional viel Zeit einnahm, während die weiteren Elemente der Partizipativen Entscheidungsfindung unterrepräsentiert waren (s. Abb. 4).



Loh A et al. Pat Educ Counsel 2006; 63: 314-318

Abb. 4: Mittlere Konsultationszeit (Sekunden) für die Schritte der Partizipativen Entscheidungsfindung bei der hausärztlichen Depressionsbehandlung

Im Rahmen einer spezifischen Intervention, die eine leitlinienorientierte Fortbildung und das Training der Partizipativen Entscheidungsfindung umfasste, wurden die Einführung der PEF und ihre Effekte in der hausärztlichen Versorgung evaluiert. Abbildung 5 zeigt, dass durch ein solches Training die Patientenbeteiligung verbessert werden konnte, ohne die Konsultationsdauer zu verändern.

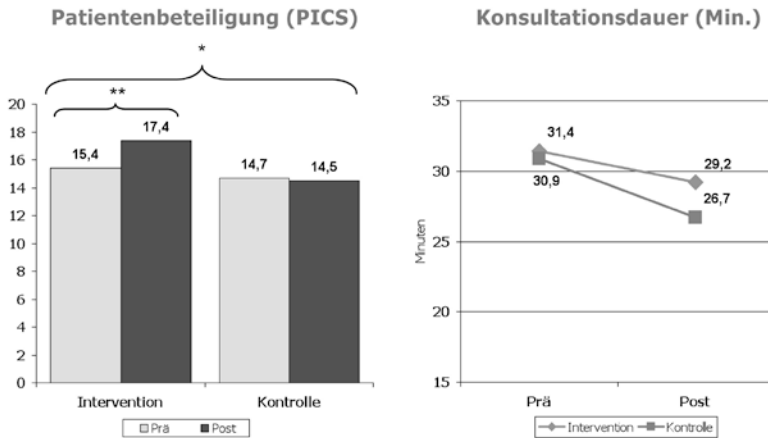


Abb. 5: Ergebnisse eines Trainings zur Partizipativen Entscheidungsfindung.

Zudem bewerteten die teilnehmenden Ärzte dieses Programms die Partizipative Entscheidungsfindung als sehr sinnvoll und hilfreich in der Grundversorgung der Depression und schätzten die Möglichkeit, dieses Konzept in die tägliche Praxis einsetzen zu können, als sehr hoch ein.

Einsatz von Entscheidungshilfen (sog. Decision Aids) zur verbesserten Information und Förderung der Patientenbeteiligung

Entscheidungshilfen (Decision Aids) beinhalten eine verständliche Darstellung von Informationen über eine Erkrankung, ihre Behandlungsmöglichkeiten mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen sowie Wahrscheinlichkeiten für einen Behandlungserfolg und unterstützen auf diese Weise die Beteiligung von Patienten (Towle & Godolphin, 1999). Sie können in Form von *Broschüren*, *Filmen* oder *Internetseiten* vorliegen. In den letzten Jahren wurden zunehmend auch *internetbasierte interaktive Entscheidungshilfen* entwickelt. International wurden bisher mehr als 500 verschiedene Entscheidungshilfen registriert (O'Connor, 2005). Evaluationsstudien zeigen, dass der Einsatz von Entscheidungshilfen bei Patienten zu mehr Wissen, realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf, weniger Entscheidungskonflikten, höherer Zufriedenheit und verbesserter Therapietreue führt (O'Connor, Jacobsen & Stacey, 2002). Ängstlichkeit und Lebensqualität der Patienten werden durch

den Einsatz von Entscheidungshilfen nicht beeinflusst, bezüglich einer veränderten Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen ist die Datenlage bisher uneinheitlich (Bekker, Légaré, Stacey, O'Connor & Lemyre, 2003; Evans et al., 2005).

Beispiel: Interaktiver Patientendialog

Ein Beispiel für eine internetbasierte interaktive Entscheidungshilfe stellt der TK-Patientendialog dar (s. Abb. 6). Er richtet sich an Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) mit akuten Kreuzschmerzen oder Depression, die vor einer Behandlungsentscheidung stehen.

Der Patientendialog besteht aus mehreren Modulen, die sowohl krankheits-spezifische Informationen zu akutem Kreuzschmerz und Depression als auch Informationen zur Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen enthalten. Die Inhalte basieren auf dem aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin und beruhen auf Expertenwissen aus gültigen nationalen und internationalen Leitlinien. Sie sind in laienverständlicher Sprache aufbereitet und werden in dialogischer Form nach nutzerindividuellen Kriterien dargestellt. Darüber hinaus bietet der Patientendialog praktische Tipps und Hilfsmittel zur Vorbereitung und zum Gesprächsverhalten im Arztgespräch (z. B. Listen mit Fragen und Angaben zur Krankheitsgeschichte).

Damit werden zum einen Charakteristika der Partizipativen Entscheidungsfindung und individualisierte Informationen zum Ablauf der Arzt-Patienten-Kommunikation vermittelt. Zum anderen liegt der Schwerpunkt auf evidenzbasierten Therapieoptionen und der Vermittlung der jeweiligen Vor- und Nachteile. Der Patientendialog zielt auf den Aufbau von Patientenkompetenzen zur Beteiligung im Entscheidungsprozess, die Förderung konstruktiven Gesundheitsverhaltens, und somit auf die Vermeidung von medizinischen Maßnahmen ohne erkennbaren Nutzensvorteil und Verbesserung der Akzeptanz von Patienten gegenüber nachweislich wirksamen Therapien.



Abb. 6: Beispiel für ein webbasiertes, interaktives Patienten-Informationssystem

Patientenschulungen zur Vorbereitung auf eine stärkere Beteiligung am Entscheidungsprozess

Patientenschulungen können aus schriftlichen Unterlagen, direktem Training oder Videos bestehen. Während es sich bei schriftlichen Unterlagen zumeist um Checklisten oder Vorbereitungsblätter für das Arztgespräch handelt, kann mit Hilfe von Filmen vermittelt werden, wie sich Patienten in das Gespräch mit dem Arzt einbringen können (Hamann, Hein & Kissling, 2005). Patienten stellen nach einer Schulung mehr Fragen in der Konsultation, nehmen eine höhere Kontrolle über die eigene Gesundheit wahr und äußern einen stärkeren Wunsch nach Beteiligung. Studien weisen zudem darauf hin, dass sich Patienten besser an Informationen aus dem Arztgespräch erinnern und die Behandlung sowie Behandlungsempfehlungen besser verstehen (Hamann et al., 2005). Weitere positive, wenn auch eher geringere Effekte lassen sich in Bezug auf Selbstwirksamkeit, Gesundheitszustand und Inanspruchnahmeverhalten der Patienten feststellen (Loh et al., 2007; Kasper & Geiger, 2007).

Partizipative Entscheidungsfindung im deutschen Gesundheitswesen

Zur Förderung und Untersuchung der Partizipativen Entscheidungsfindung im deutschen Sprachraum hat das Bundesministerium für Gesundheit von 2001 bis 2005 den Förderschwerpunkt „*Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*“ eingerichtet. In insgesamt zehn Modellprojekten zu unterschiedlichen Erkrankungen der Bereiche *Neurologie/Psychiatrie* und *Innere Medizin/Allgemeinmedizin* wurden die Effekte von Projekten zur PEF auf Patienten- und Arztseite untersucht. In einem indikationsübergreifenden Methodenprojekt wurden wissenschaftliche Standards der Methodik, Anwendung und Evaluation von Partizipativer Entscheidungsfindung bearbeitet (Simon, Loh & Härter, 2005).

Bei Patienten der Indikationen *Depression*, *Schizophrenie*, *Mammakarzinom* und *chronischem Schmerz (Fibromyalgie)* konnte z.B. durch den Einsatz von *Entscheidungshilfen* das Wissen über Erkrankung und Behandlung erhöht und Entscheidungskonflikte reduziert werden. Patienten dieser Indikationen, deren Ärzte zusätzlich ein PEF-Training erhalten hatten, berichteten zudem von einer höheren Zufriedenheit mit dem Arztkontakt und der Entscheidung. An der Entscheidungsfindung beteiligte Patienten konnten sich auch besser an Therapievereinbarungen halten (Härter et al., 2005). In den Projekten zu *Depression* und *Fibromyalgie* erhielten Ärzte ein Training in Partizipativer Entscheidungsfindung und gaben mehr Zufriedenheit mit dem Patientenkontakt und den im Patientenkontakt getroffenen Entscheidungen an. Gleichzeitig erlebten sie weniger Unstimmigkeiten bei der Vereinbarung realistischer Therapieziele und erfuhren mehr über das Befinden und die Einstellungen ihrer Patienten (Bieber et al., 2006).

Nachdem sich die positiven Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen des BMG-Förderschwerpunktes auch in Deutschland bestätigen ließen, stand nach Abschluss der Modellprojekte der Transfer in die Regelversorgung im Vordergrund. Im Rahmen einer Anschlussförderung des Bundesministeriums für Gesundheit von 2005 bis 2007 wurden in *Transferprojekten* Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung spezifischer ärztlicher Handlungskompetenz bereitgestellt und über die Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften insbesondere im Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie verbreitet. In weiteren Transferprojekten wurden ein Kommunikationstraining für Ärzte zu PEF speziell in Palliativsituationen sowie bundesweite Patientenschulungen, speziell zur Schubtherapie für MS-Patienten, entwickelt.

Ausblick

Mit der Partizipativen Entscheidungsfindung können wertvolle Verbesserungen im Gesundheitswesen und somit auch in der Gesundheitsförderung bewirkt werden. Die Relevanz des Konzeptes für die Gesundheitsförderung wird durch seine Eignung für die Behandlung von lebensbegleitenden und -verändernden Erkrankungen deutlich.

Durch die wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Aktivitäten der letzten Jahre ist das Potential von PEF zur Optimierung der medizinischen Versorgung deutlich geworden. Über den wissenschaftlichen Beitrag der einzelnen Projekte hinaus haben sich nationale und internationale Netzwerke entwickelt. Die *Internetseite www.patient-als-partner.de*, die im Förderungsschwerpunkt „Patient als Partner“ entstanden ist, enthält Informationen zum Konzept der PEF und informiert über aktuelle Veranstaltungen zum Thema Patientenbeteiligung. Zudem beinhaltet sie weiterführende Links für Patienten und Ärzte und eine Online-CME-Fortbildung in Partizipativer Entscheidungsfindung.

Literatur

- Badura, B. (2005). Versicherten- und Patientenorientierung - ein Gebot der Humanität und der sozialwirtschaftlichen Vernunft. *Psychomed.*, 17, 4–6.
- Bekker, H., Legare, F., Stacey, D., O'Connor, A. & Lemyre, L. (2003). Is anxiety a suitable measure of decision aid effectiveness: a systematic review? *Patient Educ Couns*, 50, 255-62.
- Bieber, C., Müller, K., Blumenstiel, K., Schneider, A., Richter, A. & Wilke, S. (2006). Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician–patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 63, 357-366.
- Bundesministerium für Gesundheit, Referat Information, Publikation, Redaktion und Bundesministerium der Justiz, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.). (2005). Patienten rechte in Deutschland. Bonn und Berlin. http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/publikationen/pdf/broschuere_patientenrechte_deutschland.pdf (letzter Zugriff 20.07.2009)
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44, 681-92.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model. *Soc Sci Med*, 49, 651-661.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? *BMJ*, 319, 719-720.
- Coulter, A. & Magee, H. (2003). *The European patient of the future*. Berkshire: Open University Press.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*, 50, 892-899.
- Evans, R., Edwards, A., Brett, J., Bradburn, M., Watson, E., Austoker, J. et al. (2005). Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Educ Couns*, 58, 13-26.
- Hamann, J., Hein, J. & Kissling, W. (2005). Patientenempowerment - eine wirksame Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln* (S. 45-51). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Härter, M. et al. (2007). Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expect*, online first.
- Härter, M. (2004). Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) - Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes*, 98, 89-92.
- Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (Hrsg.). (2005). *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Härter, M. & Loh, A. (2007). Shared decision making in diverse health care systems. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes*, 4, 203-204.
- Kasper, J. & Geiger, F. (2007). Der evidenzbasiert informierte Multiple-Sklerose-Patient: Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient. *Kliniker*, 36, 43-47.
- Loh, A. & Härter, M. (2005). Modellentwicklungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In:

- M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 13-24). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C., Simon, D. & Härter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns*, 65, 69-78.
- Loh, A., Simon, D., Bieber, C., Eich, W. & Härter, M. (2007). Patient and citizen participation in German health care - current state and future perspectives. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes*, 4, 229-35.
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen-Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Dtsch Arztebl*, 104, A1483-1488.
- Loh, A., Simon, D., Niebling, W. & Härter, M. (2005). CME-Beitrag - Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *ZFA*, 81, 550-560.
- Loh, A., Simon, D., Wills, C.E., Kriston, L., Niebling, W. & Härter, M. (2006). The effects of a shared decision making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 67, 324-332.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325, 697-700.
- O'Connor, A.M. (2005). *Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system?* Health Evidence Network (HEN) Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)
- O'Connor, A.M., Jacobsen, M. & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31, 570-581.
- O'Connor, A.M., Stacey, D., Rovner, D., Holmes-Rovner, M., Tetroe, J., Llewellyn-Thomas, H. et al. (2003). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systematic Review*, 3, CD001431.
- Say, R., Murtagh, M. & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Educ Couns*, 60, 102-114.
- Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2005). Messung der Partizipativen Entscheidungsfindung. In: M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 239-247). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2008). Die Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Förderung Partizipativer Entscheidungsfindung ~ Rahmenkonzept und Messinstrumente. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 149-159
- Towle, A. & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319, 766-771.

Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys? Zur Gesundheitsförderung im Alter.

Rainer Wohlfarth, Udo Ritterbach

Das Altern ist jung

Immer mehr Menschen erreichen in zumeist guter Gesundheit ein hohes Alter. Der Traum von einem langen Leben in würdigen Verhältnissen wird, zumindest in den reichen Gesellschaften, immer mehr zur Wirklichkeit. Das Alter ist geschichtlich gesehen jung, denn es ist eine Errungenschaft des 20. Jahrhunderts, dass viele Menschen alt werden (Baltes, 1996). Zwar gab es schon immer Menschen, die auch nach unserem heutigen Verständnis sehr alt wurden. Jedoch ist es ein Phänomen des letzten Jahrhunderts, bedingt durch den medizinischen, sozialen und kulturellen Fortschritt wie auch durch das wachsende Bewusstsein für Risikofaktoren, dass immer mehr Menschen immer älter werden (Klein, 2004).

Demographischer Wandel

Die demographischen Verhältnisse und die Strukturen des Alters werden dazu führen, dass sich unsere Gesellschaft mit dem 21. Jahrhundert grundlegend verändern wird. Dieses Phänomen wird auch als dreifaches Altern der Gesellschaft bezeichnet (Baltes & Smith, 2003):

- Zunahme des (prozentualen) Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung,
- Anstieg der (absoluten) Anzahl älterer Menschen an der Gesellschaft,
- einen Trend zur Hochaltrigkeit aufgrund des Anstiegs der fernerer Lebenserwartung und damit des Anteils als auch der Anzahl hochaltriger Menschen.

Die Verschiebungen in der Alterspyramide werden am deutlichsten, wenn man die Überlebensraten verschiedener Geburtsjahrgänge vergleicht (Deutsches Statistisches Bundesamt, 2006): Während von den 1880 geborenen Männern erst ein Drittel seinen 70. Geburtstag feiern konnte, sind es bei den 1930 geborenen Männern bereits zwei Drittel. Und von den 1940 geborenen Männern kann rund die Hälfte erwarten, den 80. Geburtstag zu erreichen. Da Frauen meist länger leben als Männer, ergeben sich hier noch höhere Zahlen. Zwei Drittel der 1930 geborenen Frauen können damit rechnen, den 80. Geburtstag

zu feiern. Ein heute im Bundesgebiet geborenes Kind hat mit 80,5 (♀) bzw. 74,4 (♂) Jahren eine um etwa 30 Jahren höhere Lebenserwartung als ein Kind vor 100 Jahren. Auch die durchschnittliche weitere Lebenserwartung älterer Menschen hat sich verlängert. Eine 60-jährige Frau kann heute im Durchschnitt mit weiteren 23 Lebensjahren rechnen, ein 60-jähriger Mann mit zusätzlichen 19 Jahren. Für die Zukunft wird von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung ausgegangen (Deutsches Statistisches Bundesamt, 2006). Die Altersstruktur verändert sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts zugunsten der älteren Altersgruppen. Und diese Entwicklung wird sich noch weiter beschleunigen.

Der demografischen Wandel führt dazu, dass nicht nur der Anteil Älterer an der Bevölkerung zunimmt, sondern sich die Struktur des Alterns verändert und die Bedeutung der Lebensphase Alter sich wandelt (Backes, Clemens & Künemund, 2004). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Anstieg der Lebenserwartung jene Lebensphase verlängert, in der Menschen ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben führen können.

Phasen des Alterns: „Junge“ Alte und „alte“ Alte

Die Begriffe „alt“, „alt werden“ und „alt sein“ haben in der heutigen Zeit große Bedeutung. Auf die Frage, wann ein Mensch alt ist, gibt es viele sehr heterogene Antworten, weil das Altern nicht alleine ein objektiver Befund, sondern auch eine subjektive Befindlichkeit ist. Der Begriff „alt“ wird nach Walter und Mitarbeiter (Walter, Flick, Neuber, Fischer, Schwartz, 2006) häufig mit sichtbaren Veränderungen des Körpers, einem Nachlassen von körperlichen Funktionen, medizinischer Bedürftigkeit, Krankheit, sensorischem Funktionsverlust, Behinderung oder fortschreitender Unbeweglichkeit verbunden mit Stürzen und Brüchen assoziiert. Auf psychischer Ebene wird ein Mensch dann als „alt“ bezeichnet, wenn er geistig unflexibel und umständlich ist, ein verändertes Sozialverhalten aufweist und fehlende Aktivität oder fehlendes Interesse zeigt. Auch Verwirrtsein oder das Nachlassen von kognitiven Fähigkeiten wird, so Walter und Mitarbeiter, mit dem Begriff „alt“ in Verbindung gebracht. Folgt man dieser Beschreibung des Begriffs „alt“, dann sind viele Menschen über 65 Jahre nicht als „alt“ zu bezeichnen.

Die Heterogenität des Alters gründet sich auf mehrere Aspekte: Der Begriff „Alter“ bezieht sich durch den Anstieg der Lebenserwartung heute auf eine Lebensspanne von 30 Jahren und mehr. Zum anderen haben gesellschaftliche Individualisierungsprozesse zu einer Ausdifferenzierung der Altersphase geführt. Die Verschiedenartigkeit des Alters ergibt sich aus den unterschiedlichen Biographien, Lebensbedingungen, Interessen, Bildungs- und Arbeitsverläufen,

sozialen Netzen sowie Kompetenzen älterer Menschen (Walter, Flick, Neuber, Fischer, Schwartz, 2006). Ältere Menschen unterscheiden sich auf der individuellen Ebene in ihren körperlichen und seelisch-geistigen Fähigkeiten, in ihren Interessen und in der Gestaltung des Alltags. Auf der gesellschaftlichen Ebene ergeben sich große Unterschiede in den Umwelt- und Lebensbedingungen, wobei zu bedenken ist, dass diese Bedingungen die Leistungsfähigkeit, das Interessenspektrum und die Alltagsgestaltung beeinflussen (Altenbericht, 2001). Altern ist also ein individueller Prozess, der nicht alleine als Abbauprozess verstanden werden darf, sondern als sich zwischen den Polaritäten Gewinn und Verlust bzw. Werden und Vergehen bewegt.

Als Zeitpunkt, der eine Unterscheidung zwischen alten und jüngeren Menschen erlaubt, wird im Allgemeinen meist der 65. Geburtstag angesehen. Dieser Altersgrenze liegen sozialpolitische Ursachen zugrunde, da mit diesem Termin für einen Großteil der Erwerbstätigen das Ausscheiden aus der beruflichen Tätigkeit verbunden ist. Eine stringente medizinische oder psychologische Begründung für diese gesetzliche Regelung gibt es nicht (Petermann & Roth, 2006).

Mit der gestiegenen Lebenserwartung, der verbesserten Lebenssituation und der Individualisierung erfolgt eine Differenzierung des Alters. Um dieser Ausdifferenzierung Rechnung zu tragen, wird zwischen jungen und alten Alten sowie Hochbetagten unterschieden bzw. vom Dritten und Vierten Alter gesprochen (Walter, Flick, Neuber, Fischer, Schwartz, 2006). Ab wann die vierte Lebensphase beginnt, die auch als Hochaltrigkeit bezeichnet wird, ist nicht eindeutig zu beantworten. Wie bei allen Altersfragen ist eine chronologische Definition wenig hilfreich. Aus pragmatischen Gründen wird heute oft die Grenze von 80 Jahren verwendet. Altersangaben sind jedoch nicht das wesentliche Klassifikationsmerkmal.

Höpflinger (2007) unterscheidet nicht nur zwei, sondern differenziert aufgrund des biologischen und sozialen Entwicklungsverlaufes vier Phasen des Alters:

Die erste Phase bezeichnet Höpflinger als „Letzte Berufsphase und nahende Pensionierung“. Zwar sind die Personen in dieser Lebensphase noch erwerbstätig, aber der Übergang in die nachberufliche Phase zeichnet sich ab. Das Alter, in dem die Erwerbstätigkeit endet, kann variieren. Einerseits führen Frühpensionierungen dazu, dass zunehmend mehr Arbeitnehmer schon vor Erreichen des offiziellen Rentenalters aus dem Erwerbsleben austreten oder ausgeschlossen werden. Andererseits bleiben Männer und Frauen unter Umständen auch nach Erreichen des Rentenalters weiter erwerbstätig.

Die zweite Phase umschreibt Höpflinger als „Gesundes Rentenalter“. Diese Lebensphase ist durch ein Ende der Erwerbsarbeit und durch eine hohe sozi-

ale und persönliche Freiheit gekennzeichnet. Gesundheit und Kompetenzen erlauben es meist, das Rentenalter nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten und zu genießen. Diese Phase später Autonomie ist von den vorhandenen finanziellen und psychischen Ressourcen sowie den körperlichen Belastungen in früheren Lebensphasen abhängig.

Die dritte Phase wird von Höpflinger als „Fragiles Rentenalter“ bezeichnet. Diese Lebensphase ist dadurch gekennzeichnet, dass Behinderungen und Einschränkungen zwar ein eigenständiges Leben nicht verunmöglichen, es jedoch erschweren. Funktionale Einschränkungen – wie Gehschwierigkeiten, Hörprobleme usw. – zwingen zu Anpassungen der Aktivitäten (z.B. vermehrte Häuslichkeit, Verzicht auf anstrengende Reisen und Hobbys usw.). Vielfach sind Personen in dieser Phase in einigen Tätigkeiten des Alltags auf externe Hilfe angewiesen (z.B. beim Einkaufen). In dieser Lebensphase müssen – oft bei noch hohen geistigen Fähigkeiten – die Grenzen und Einschränkungen des menschlichen Körpers akzeptiert und bewältigt werden.

Als letzte und vierte Phase beschreibt Höpflinger die Phase „Alter mit Pflegebedürftigkeit“. Diese Lebensphase ist durch gesundheitlich bedingte Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit charakterisiert. In dieser Phase treten häufig auch kognitive Einschränkungen oder gar demenzielle Erkrankungen auf. Selbständiges Leben ist kaum mehr möglich, und die Menschen dieser Lebensphase sind selbst bei einfachen Alltagsaktivitäten auf Hilfe anderer Personen angewiesen.

Es ist diese Lebensphase, welche meist angesprochen wird, wenn negative Stichworte zum „Alter“ angeführt werden. Die Chancen einer Nutzung von Potenzialen des Alters hängen jedoch, wie der fünfte Altenbericht der Bundesregierung (Altenbericht, 2006) festhält, in mehrfacher Hinsicht von den jeweils dominanten Altersbildern ab: Wenn Altern vorwiegend im Zusammenhang mit einer Reduktion der Lern-, Leistungs- und Umstellungsfähigkeit gesehen wird, werden ältere Menschen ihre individuellen Möglichkeiten in vielen Fällen weder erkennen noch nutzen. Negativ gefärbte Altersbilder können dazu beitragen (Altenbericht, 2006), dass

- falsche Erwartungen an den eigenen Alternsprozess abgeleitet werden;
- sich Menschen keine an persönlichen Ziel- und Wertvorstellungen orientierte Lebensführung zutrauen;
- vorhandene Potenziale auf Dauer verkümmern;
- die vorhandene Bereitschaft, sich für andere zu engagieren, nicht in Anspruch genommen oder sogar zurückgewiesen wird.

Altern als natürlicher Prozess

Der Begriff „Alter“ steht für eine bestimmte Zeitspanne am Ende der menschlichen Biografie. „Altern“ dagegen beschreibt einen normalen, physiologischen Prozess, denn Menschen altern vom Augenblick ihrer Geburt an durch alle Lebensphasen hindurch bis zum Tod (Kuhlmey, 2006).

Ab dem 30. Lebensjahr beginnt die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Organsysteme abzunehmen, körperliche Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit gehen zurück. Die Lunge nimmt weniger Sauerstoff auf, die Durchblutung ist vermindert, die Muskelmasse nimmt ab, der Mineralgehalt der Knochen sinkt. Gleichgewicht und Reaktionsgeschwindigkeit sind verringert (BMG, 2006).

Zwar ist der ältere Mensch durchaus fähig unter entsprechenden Umweltbedingungen das innere Gleichgewicht aufrechtzuerhalten, doch die Fähigkeit, mit körperlichen Belastungen umzugehen, wird geringer. Körperliche Spitzenleistungen sind häufig nicht mehr möglich, eine für jüngere Menschen harmlose Krankheit kann beim älteren Menschen zu schweren Folgeerkrankungen oder gar zum Tode führen (BMG, 2006).

Biologische Alternsprozesse dürfen nicht mit Krankheit verwechselt werden (BMG, 2006), denn Alternsprozesse schreiten meist langsam voran. Sie werden häufig erst dann bewusst wahrgenommen, wenn die Verminderung der Leistungsfähigkeit zu spürbaren Einschränkungen führt. Auch können Alternsprozessen nicht umgekehrt oder verhindert werden, selbst eine gesunde Lebensweise in jüngeren Jahren kann Alternsprozesse vielleicht verlangsamen, aber nicht aufhalten.

Durch die günstigen Umweltbedingungen und die bessere medizinische Versorgung sind ältere Menschen heute gesünder und in gewisser Weise „jünger“ als frühere Generationen. Vergleicht man beispielsweise das Ergebnis des Olympia- Marathons von 1936 mit dem Ergebnis des Berliner Volksmarathons 1990 der 50- bis 59-jährigen, so zeigen sich nahezu identische Leistungen zwischen den erfolgreichen Olympioniken von 1936 und den in der heutigen Zeit besten Marathonläufern der sechsten Lebensdekade (Conzelmann, 2007).

Biologisch-medizinische Gesichtspunkte des Alterns

Dass der Körper älterer Menschen weniger leistungsfähig ist als der Körper jüngerer Personen, ist durch eine Vielzahl von Forschungsergebnissen dokumentiert.

Aus quantitativer Sicht stehen im Alter Herz-Kreislaufkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Muskel- und Skelettkrankheiten sowie bösartige Neu-

bildungen im Vordergrund des alterstypischen somatischen Krankheitsspektrums (Ding-Greiner & Lang, 2004).

Aus qualitativer Sicht sind insbesondere die Alzheimer-Krankheit bzw. Demenz als bedeutsame alterstypische Erkrankungen zu nennen, da sie weit reichende Auswirkungen auf die selbständige Lebensführung und die Lebensqualität haben (Schröder, Pantel & Förstl, 2004).

Trotz der Zunahme der Erkrankungen im „dritten Lebensalter“ kann nach dem Altenbericht der Bundesregierung aus einer medizinischen, psychologischen, soziologischen und ökonomischen Sicht von einem erfolgreichen Altern dieser Altersgruppe ausgegangen werden (Altenbericht, 2001). Obwohl es zu einer Abnahme der physiologischen Leistungskapazität und zu einer Zunahme von chronischen Erkrankungen kommt, weisen die Meisten der „jungen Alten“ einen relativ guten oder zumindest einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand auf und sind unabhängig von Hilfe oder Pflege.

Aus biologischen Gesichtspunkten beginnt das hohe Lebensalter, wenn altersbedingte körperliche Einschränkungen zu Anpassungen im Alltagsleben zwingen. Einige Menschen werden früh mit körperlichen Beschwerden konfrontiert, wogegen andere Menschen mit 90 Lebensjahren noch beschwerdefrei leben. Wer lange lebt, gelangt jedoch zwangsläufig an körperliche Grenzen, etwa bezüglich körperlicher Fitness oder kognitiver Leistungen. Zudem nehmen in dieser Lebensphase die körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen besonders durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität erheblich zu (Walter, Schneider, Bisson, 2006).

Die Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996), in der vor allem das „vierte Lebensalter“ erfasst wurde, zeigte, dass bei fast allen 70-jährigen und älteren Menschen mindestens eine Erkrankung diagnostiziert wurde und bei rund einem Drittel fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen bestanden. Im Vordergrund standen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (koronare Herzkrankheit und periphere sowie zerebrovaskuläre Verschlusskrankheiten), die zu einer deutlichen Verkürzung der Lebenserwartung führten. Das sehr hohe Alter erfordert daher aufgrund der sich reduzierenden individuellen biologischen Ressourcen besondere Anpassungsfähigkeiten des alternden Menschen.

Psychische Gesichtspunkte

Ältere Menschen schätzen im Mittel ihre Lebenszufriedenheit nicht geringer als jüngere Altersgruppen, obwohl gesundheitliche Einbußen und soziale Verluste zu- und die Lebenszeit abnimmt (Altenbericht, 2001). Auch das Ausmaß erlebter Belastungen und depressiver Störungen liegt quantitativ betrachtet nicht höher als in jüngeren Altersgruppen. Die von über 65-jährigen Patienten genannten psychosozialen Schwierigkeiten betreffen vor allem die bestehende Einsamkeit, eine fehlende Lebensperspektive, Probleme, sich zu Hause weiter selbstständig zu versorgen, Verlusterlebnisse und Suizidtendenzen (Schmeling-Kludas, 1994). Psychopathologisch stellen vor allem depressive Störungen, die mit hohem Leidensdruck, Rückzug von anderen Menschen und Antriebschwäche verbunden sind, ein wesentliches Problemfeld dar. Es treten auch Angststörungen, Belastungsstörungen (z.B. nach dem Verlust einer vertrauten Person) und somatoforme Störungen (wie chronische Rückenschmerzen oder Magen-Darm-Störungen), Substanzmissbrauch und wahnhaftige Störungen auf (Altenbericht, 2001).

Im Alter steigt das Suizidrisiko an, weil gehäuft Situationen in dieser Lebensphase auftreten, welche die Bewältigungsressourcen des Menschen überfordern (Altenbericht, 2001). Dies verdeutlicht die psychischen Belastungen und den Leidensdruck vieler älterer Menschen.

Dabei ist es allerdings sinnvoll, auch hier die mit 30 und mehr Jahren sehr breite Altersspanne des höheren Lebensalters differenzierter zu betrachten. Die 65- bis 75-jährigen führen in der überwiegenden Mehrzahl ein selbstständiges Leben mit selbst gewählten Aktivitäten wie Hobbys, Reisen, ehrenamtlichen und Teilberufstätigkeiten (Richter, 2006). Diese Altersgruppe der jungen Alten hat kein höheres Risiko für eine psychische Erkrankung als jüngere Erwachsene, sieht man von Demenzerkrankungen und anderen organisch bedingten kognitiven Störungen ab. Wobei vor allem verschiedene Persönlichkeitsmerkmale einen bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit in dieser Altersgruppe liefern (Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 1996).

Erst mit steigendem Alter nimmt das Risiko für psychische Erkrankungen zu, was sich in besonderer Weise in der steigenden Suizidrate zeigt. Sie ist beispielsweise bei 90-jährigen Männern fünfmal so hoch wie bei Männern Anfang 60 (Altenbericht, 2001). Ein ähnlicher Anstieg findet sich beim Risiko einer Demenzerkrankung. So nimmt die Häufigkeit schwerer und mäßig schwerer Demenzen mit steigendem Alter erheblich zu (Altenbericht, 2001). Auch der deutlich steigende Anteil pflegebedürftiger Menschen im neunten Lebensjahrzehnt ist auf die zunehmende Anzahl demenzkranker Menschen zurückzuführen.

Kognitive Gesichtspunkte

Die Lernkapazität ist im Alter im Durchschnitt geringer als in früheren Abschnitten des Lebenslaufs, doch zeigen auch ältere Menschen in neuartigen Situationen eindeutig nachweisbare Lernerfolge (Kruse, 2005). Vielfach verweisen mittelwertbezogene Aussagen darauf, dass die Leistungskapazität im Alter abnimmt. Dabei bleibt aber meist unberücksichtigt, dass die Lernkapazität eine ausgeprägte interindividuelle Variabilität aufweist, die auf in der Lerngeschichte entwickelten Wissenssysteme und Lernstrategien zurückzuführen ist (Kruse & Schmitt, 2004; Zimprich, 2004). Kognitive Alternsprozesse vor allem in den Bereichen Verarbeitungsgeschwindigkeit, Umstellungsfähigkeit und Psychomotorik sowie Arbeitsgedächtnis (Kliegl & Mayr, 1997; Lindenberger, 2000) beginnen schon ab dem vierten Lebensjahrzehnt. Diese können jedoch durch das im Lebenslauf erworbene Wissen und die entwickelten Kompetenzen vielfach ausgeglichen werden (Altenbericht, 2006). Auf die zunehmende Häufigkeit dementieller Erkrankungen mit ansteigendem Alter wurde schon im vorigen Abschnitt hingewiesen. Besonders bei dementiellen Erkrankungen scheinen die Faktoren Bildung sowie lebenslanges Lernen für ein „gesundes Altern“ wesentlich zu sein (Ackermann & Oswald, 2008). So ergeben Studien, dass eine geringere beziehungsweise kürzere Schulbildung mit einer höheren Prävalenz der Alzheimer-Demenz einhergeht (Kuhlmey, 2006). Diese Ergebnisse führten zur Bildung der „Reservekapazitäts- Hypothese“. Dieser Hypothese folgend verfügen Personen mit höherer Bildung über eine größere Reservekapazität des Gehirns als Personen mit niedrigerer Bildung (Seidler, 2004). Als neuropsychologische Grundlage für diesen Befund wird vermutet, dass durch intensives Lernen neue neuronale Verbindungen entstehen und die Wirksamkeit vorhandener Verbindungen gesteigert wird (Birbaumer & Schmidt, 2005) und so die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern werden kann.

Soziale Gesichtspunkte

Alter wird nicht nur durch physiologische und/oder psychologische Faktoren determiniert, sondern Altern ist auch eine soziale Kategorie (Walter, 2005).

Objektiv verändern sich die sozialen Lebenslagen sehr alter Menschen spürbar, subjektiv wandeln sich die Bewertungen von Lebenslagen und Handlungsspielräumen insbesondere in Abhängigkeit von funktionellen Einschränkungen (Clemens & Naegele, 2004).

Aus sozialer Sicht ist für das Alter besonders die Zuordnung von sozialen Rollen bedeutsam, so wie sie für eine gegebene Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt charakteristisch sind.

Daneben ist Alter – insbesondere gesundes Altern – abhängig von den sozialen Ressourcen, die ein Mensch im Verlauf seines Lebens erwerben konnte. So steigt zum Beispiel die Prävalenz der Multimorbidität im Alter mit abnehmen der sozialer Schicht an und ist in der unteren sozialen Schicht am höchsten (v. d. Knesebeck, 2005). Darüber hinaus zeigen Studien einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Einkommen und der subjektiven Gesundheit: So schätzen gut die Hälfte der Befragten mit einem Haushaltseinkommen über 35.000 Euro ihre Gesundheit als sehr gut bis gut ein, jedoch nur gut ein Drittel mit einem Haushaltseinkommen kleiner als 30.000 Euro (v. d. Knesebeck, 2004).

Ein weiteres zentrales Element für Gesundheit und Wohlbefinden ist das Ausmaß sozialer Integration, denn unser Wohlbefinden wird von guten sozialen Beziehungen mitbestimmt. Wer länger lebt als seine Mitmenschen, muss erfahren, dass die Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen weniger werden. Entsprechende Studien bei älteren Menschen zeigen, dass weniger die Quantität als die Qualität sozialer Beziehungen das Wohlbefinden erhöht (Perrig-Chiello, 1997). Entscheidend im Alter ist das Vorhandensein mindestens einer Vertrauensperson. Gute Sozialbeziehungen sind zudem eine zentrale Quelle sozialer Unterstützung, etwa im Fall von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen (Höpflinger, 2006). Gleichzeitig kann sich ein gutes soziales Netz, welches emotionale wie instrumentelle Unterstützung anbietet, positiv auf die Gesundheit wie auch auf den medizinischen Behandlungserfolg auswirken. Vor allem Hilfen, die körperlichen Einsatz erfordern, können weniger geleistet werden. Gleichwohl bildet die für andere Menschen geleistete Unterstützung auch in der Gruppe der Hochbetagten ein wichtiges Merkmal sozialer Beziehungen (Altenbericht, 2001).

Mangelnde soziale Unterstützung im Alter stellt – insbesondere bei sozial Benachteiligten – eine wesentliches Hindernis für körperliche Aktivität, aber auch für die Inanspruchnahme von medizinischen Präventionsmaßnahmen dar (O'Brian Cousins, 1995). Eine aktive und sozial integrierte Lebensweise im späteren Leben ist dagegen ein Schutzfaktor vor Demenz und Alzheimer-Erkrankung (Fratiglioni, Paillard-Borg, Winblad, 2004). Soziale Unterstützung besitzt dabei neben einem direkten Effekt auch indirekte Wirkungen im Sinne von Puffer-Effekten (Meyer, 2000).

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, wichtige soziale Partner zu verlieren. Von besonderer Bedeutung scheint die Verwitwung zu sein (Kuhlmey, 2005). So beklagen viele Witwen insbesondere Frauen der älteren Jahrgänge gesundheitliche Veränderungen. Auch werden psychopathologische und psychosomatische Symptome beschrieben, die bei den Verwitweten

rund ein Jahr nach Partnerverlust einsetzen und den Beginn einer Pflegebedürftigkeit darstellen können. Als typische Symptome werden Depressionen, Erschöpfung, schnelle Ermüdung, Herzbeschwerden, Magenprobleme und generelle Nervosität geschildert (Kühlmey, 2005). Insgesamt schätzen verwitwete Frauen ihre Gesundheit im Vergleich zu Verheirateten niedriger ein.

Biographische Gesichtspunkte

Unter biographischen Gesichtspunkten bedeutet ein langes Leben, dass sich die persönlichen Erfahrungen ausweiten und die Erinnerungen immer weiter in die Vergangenheit reichen (Höpflinger, 2003).

Alterungsprozesse sind durch eine erhebliche individuelle Variabilität biologischer, psychischer und sozialer Merkmale gekennzeichnet. Die Suche nach den wesentlichen Faktoren für Wohlbefinden und Gesundheit über die Lebensspanne führte zur Entwicklung unterschiedlicher Theorien, die versuchen Wohlbefinden, Autonomie, und Langlebigkeit zu erklären (Rott & Wozniak, 2008). Diese Vorstellungen gehen davon aus, dass ein langes und zufriedenes Leben das Ergebnis eines lebenslangen Entwicklungsprozesses darstellt, welcher durch gesellschaftliche Randbedingungen wie Bildungschancen und Partizipationsmöglichkeit aber auch familiäre und freundschaftliche Netzwerke determiniert ist (Perrig-Chiello et al., 2008). Gesundheit und Wohlbefinden, so kann postuliert werden, sind das Resultat eines Zusammenspiels von individuellen Prädispositionen (z.B. Temperament, Persönlichkeit, Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung) und individueller und sozialer Lebenserfahrungen (z.B. Armut, Bildung, Arbeit), welches schon sehr früh im Leben beginnt. So wirken sich ungleiche Chancen bezogen auf Bildung, finanzielle Ressourcen und Erziehung im Kindes- und Jugendalter in der späteren Biographie signifikant aus (Perrig-Chiello et al., 2008). Im mittleren Lebensalter ist es der Lebensstil, der einen erheblichen Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlbefinden im Alter besitzt (Perrig-Chiello et al., 2008).

Gesundes Altern

Die Erhaltung der Gesundheit wird von alten Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt. Über die gesamte Lebensspanne betrachtet, nimmt die Bedeutung des Bereichs Gesundheit mit zunehmendem Alter zu. Im höheren und sehr hohen Alter steht schließlich der Bereich Gesundheit an oberster Stelle (Staudinger et al., 1996). Ziele für Gesundheit im Alter sind die Vermeidung von Erkrankungen, Funktionseinschränkungen, Behin-

derungen und Hilfebedürftigkeit, die Bewahrung der Unabhängigkeit und Selbständigkeit, der Erhalt einer aktiven Lebensgestaltung sowie die Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems (Kruse, 2006). „Gesund Altern“ bedeutet, die individuell vorhandenen Potenziale der älter werdenden Menschen zu fördern. Es kann nicht bedeuten, einen Zustand völlig frei von Krankheiten und Einschränkungen bis zum Lebensende erhalten zu wollen (Kühlmey, 2005), denn das Alter als eine Phase frei von jeglichen Funktionseinschränkungen ist nach wie vor ein nicht erreichbares Ziel. Vielleicht erscheint es daher sinnvoller von „produktivem Altern“ zu sprechen. Der Mensch kann produktiv älter werden, durch die Intensivierung seiner Ressourcen, wie durch Einschränkung und Vermeidung (Baltes & Baltes, 1990). Ziel ist es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen individuellen Zielen und individuell noch vorhandenen Fähigkeiten zu erreichen. Dies setzt jedoch voraus, dass ein älterer Mensch sich an seine jeweilige Lebenssituation anpasst und diese auch akzeptiert.

Zur Förderung der Gesundheit im Alter entwickelte die WHO (World Health Organization, 2002) das Konzept des Aktiven Alterns (Active Ageing). Hierdurch soll die Gesundheit alter Menschen verbessert, aber auch der Partizipation erhöht werden. Ziel ist es, die Lebensqualität alternder Menschen insgesamt zu verbessern. Hierzu sind nach Vorstellungen der WHO unterschiedliche Maßnahmen notwendig, die u. a. die gesundheitliche und soziale Versorgung, das Verhalten, persönliche Aspekte sowie soziale umfeldbezogene Maßnahmen betreffen (Walter & Schneider, 2008). Prävention und Gesundheitsförderung sollen angesichts der Komplexität des Phänomens verschiedene Dimensionen berücksichtigen: Erhalt und die Förderung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Bewegung, der mentalen Gesundheit, einer ausgewogenen Ernährung sowie eines funktionierenden sozialen Netzwerkes (Walter & Schneider, 2008). Aus einer lebenslauforientierten Perspektive heraus sind auch Maßnahmen und Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung, die sich an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche richten, denn wie beschrieben werden im Kindes- und Jugendalter die Weichen für ein gesundes Alter gestellt.

Aspekte gesunden Alterns

Als Schwerpunkte einer Gesundheitsförderung bei älteren Menschen nennt eine Studie des Schwedischen Staatlichen Instituts für Volksgesundheit und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2007 folgende Punkte (Schwedische Staatliche Institut für Volksgesundheit, 2007):

Vorruhestand und Ruhestand

Durch innovative Konzepte des betrieblichen Gesundheits- und Personalmanagement sollte es älteren Menschen ermöglicht werden, solange wie gewünscht am Erwerbsleben teilzuhaben. Die Qualität ihrer Erwerbstätigkeit sollte durch innovative Führungskonzepte und der Teilnahme an altersangepassten Fortbildungsangeboten gesteigert werden. Dabei besteht eine wesentliche Aufgabe darin, eine Balance zwischen den persönlichen Ressourcen des Einzelnen und den Anforderungen des Erwerbslebens zu finden. Walter & Schneider (2008, S. 296) nennen folgende wesentliche Maßnahmen: abnehmende Wochenarbeitszeit im Lebenslauf, eine erhöhte Flexibilität der Arbeitszeiten, Arbeitszeitkonten, lebenslanges Lernen sowie eine den Fähigkeiten angemessene Arbeit, Reduktion der Exposition gegenüber physikalischen Belastungen und körperlich anstrengender Arbeit, Gestaltung des Arbeitsumfeldes, dass die Arbeit motivierend und herausfordernd ist. Dabei sollte die Diskriminierung von älteren Arbeitnehmern, wie sie noch in vielen Bereichen der Wirtschaft zu finden ist, nicht mehr toleriert werden. Der Übergang zwischen Berufstätigkeit und Ruhestand sollte individuell und aktiv gestalten werden.

Gesundheitsförderung bedeutet in diesem Zusammenhang herauszuarbeiten, mit welchen Chancen und Anforderungen diese Veränderungen verbunden sind und wie diese genutzt bzw. wie auf diese reagiert werden kann.

Soziale Ressourcen

Aus informellen und formellen Netzwerkbezügen erhalten ältere Menschen emotionale und kognitive, instrumentelle und materielle Unterstützung sowie Anerkennung und Selbstwertgefühl. Ältere und alte Menschen sind aber auch aktive Netzwerkgestalter und Ressourcengeber (Altenbericht, 2001).

Ältere Menschen sollen zur Teilhabe an der Gesellschaft ermuntert werden. Durch auf Ältere ausgerichtete Angebote von Volkshochschulen und Freiwilligenorganisationen soll Einsamkeit und Isolation vorgebeugt werden. Es besteht ein hohes Potenzial älterer Menschen sich ehrenamtlich und bürgerschaftlich zu engagieren, das mobilisiert werden könnte (Altenbericht, 2001). Hierfür müssen jedoch die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen und den Anforderungen älterer Menschen angepasst werden. Gesundheitsförderung sollte als lebensweltbezogener Ansatz solche Rahmenbedingungen schaffen, sowie soziale Netzwerke unterstützen, da deren die Bedeutung für die physische und psychische Gesundheit zentral ist (Walter & Schneider, 2008).

Seelische Gesundheit

Das Alter ist im Rahmen der Gesundheitsförderung als eine dynamische Lebensphase zu verstehen, in der man sich weiterentwickeln kann, in der Fertigkeiten und Interessen erweitert werden können, und in der man zu neuen Einsichten und zu einem reiferen Umgang mit Anforderungen des Lebens finden kann (Kruse, 1999). Gesundheitsförderung in diesem Bereich sollte sich auf übergreifende Gesundheitsfaktoren wie soziale Beziehungen, Armut und Diskriminierung konzentrieren, da diese die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden im höheren Lebensalter erheblich beeinflussen. Zusätzlich sollte mehr Bewusstsein für die Bedeutung der seelischen Gesundheit älterer Menschen geschaffen werden (Maercker, 2003).

Lebenswelt

Eine gesunde Lebenswelt für älteren Menschen ist durch eine sichere und anregende Umgebung gekennzeichnet. Die Wohnumgebung soll so gestaltet sein, dass sie möglichst viel Selbständigkeit zulässt und das Risiko von Sturzverletzungen minimiert. Hierzu zählen altersgerechte Wohnformen, Mehrgenerationenhäuser und neue Konzepte für das Wohnen von Pflegebedürftigen, aber auch angepasste Freiräume mit Angeboten für Ruhe, Kommunikation, Bewegung und Beschäftigung (Walter & Schneider, 2008). Die Lebensumwelt sollte es ebenso ermöglichen, dass ältere Menschen ihre körperlichen, geistigen und sozialen Aktivitäten, die sie in früheren Lebensjahren entwickelt haben, auch im Alter weiterentwickeln können (Altenbericht, 2001). Hierzu müssen Chancen und Möglichkeiten geboten werden, Neues zu lernen, Gedächtnis und Denken zu trainieren, wie sich auch bewusst mit neuen Entwicklungen in den Bereichen Technik, Medien, Verkehr auseinanderzusetzen (Kruse, 1999).

Ernährung

Für die Erhaltung von Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und insbesondere für die Selbstständigkeit im Alter spielt neben der genetischen Disposition, körperlichem und geistigem Training sowie psychosozialen Faktoren die Ernährung eine bedeutende Rolle. Nicht zu letzt ist eine gesunde und ausgewogene Ernährung eine elementare Voraussetzung für Autonomie und Lebensqualität bis ins hohe Alter (Strube, 2005). Dabei ist es nicht nur wichtig, dem Körper alle Lebensmittel der verschiedenen Nahrungsmittelgruppen beziehungsweise die notwendige Energie und alle essenziellen Nährstoffe im richtigen Verhältnis zuzuführen, sondern das Essen auch mit Lust und Freude zu genießen. Es braucht im höheren Lebensalter keine besondere Schonkost, jedoch eine altersgerechte Ernährung, die auch lieb gewonnene Ernährungsgewohnheiten beinhalten darf. Deshalb ist ein

zentrales Ziel der Gesundheitsförderung, älteren Menschen gesundes Essen und gesunde Essgewohnheiten nahe zu bringen und dabei besonders darauf zu achten, dass ausreichend Ballaststoffe, Obst und Gemüse sowie Flüssigkeit zu sich genommen werden. Auf die Besonderheiten der Ernährung bei hoch betagten, chronisch kranken Menschen, insbesondere in geriatrischen Einrichtungen, bei denen häufig Defizite in der Ernährungs- und der Flüssigkeitszufuhr auftreten (Strube, 2005), kann hier nicht weiter eingegangen werden. Aus der Sicht der Gesundheitsförderung ist jedoch festzustellen, dass mit zunehmendem Alter das Risiko einer Mangel- oder Unterernährung steigt, was besondere Präventionsanstrengungen erfordert.

Bewegung

Die Mindestempfehlung um von einem inaktiven zum aktiven Alltag zu kommen lautet, dass Frauen und Männer jeden Alters sich jeden Tag (oder zumindest an den meisten Tagen der Woche) mindestens eine halbe Stunde mit mittlerer Intensität (bei leicht beschleunigtem Atem) bewegen sollen (Bachl, Schwarz, Zeibig, 2006).

Diese Mindestempfehlung hat bereits günstige Effekte auf die Gesundheit, auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit. Studien zeigen, dass Menschen, die bisher kaum aktiv waren, durch mehr Bewegung den größten zusätzlichen Nutzen für die Gesundheit erwarten können (Werle, Woll & Tittelbach, 2006; Bachl, Schwarz & Zeibig, 2006). Sich gesundheitswirksam bewegen heißt nicht zwingend Sport treiben. Alltagsaktivitäten wie zügiges Gehen, Fahrrad fahren oder Gartenarbeiten haben den Vorteil, dass sie sich leicht in den Tagesablauf integrieren lassen. Als Freizeitaktivitäten eignen sich besonders jene Bewegungsarten, die wenig Material und Übungsaufwand verlangen, ein niedriges Unfallrisiko haben und sich ein Leben lang betreiben lassen wie zum Beispiel Wandern, Walking, Fahrrad fahren, Schwimmen, Wassergymnastik oder Skilanglauf.

Unfallvermeidung

Stürze und Sturzfolgen sind ein altersspezifisches Problem. Aufgrund der Vielfalt möglicher Sturzursachen ist eine Differenzierung in „innere“ und „äußere Risikofaktoren“ sinnvoll. Zu den intrinsischen Faktoren zählen alle Ursachen, die unmittelbar die sturzgefährdete Person betreffen, zu den extrinsischen Faktoren alle Ursachen, die in der Umwelt der Person liegen.

Die häufigsten Ursachen sind intrinsische Faktoren wie Ausrutschen oder Stolpern in der Ebene bei normalen Alltagsaktivitäten aufgrund beginnender oder fortschreitender körperlicher Einschränkungen. Außerdem kann die Ein-

nahme von Medikamenten das Sturzrisiko erhöhen, insbesondere die Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln und blutdrucksenkenden Mitteln.

Aber auch die äußeren Bedingungen können zu Stürzen führen. Als wichtige Risiken im häuslichen Bereich gelten die schlechte Erreichbarkeit von Utensilien im Bad oder Toilette, eine zu hohe oder zu niedrige Sitzhöhe, fehlende Haltegriffe sowie Badewannenbrett und -matte, an Treppen einseitige Handläufe, zu geringe Beleuchtung, lose Teppichlage, Kabel im Raum sowie eine ungeeignete Höhe von Sitzmöbeln und Bett. Inzwischen wurde eine Reihe von Maßnahmen entwickelt, um die Sturzhäufigkeit zu reduzieren, so dass sich eine Vielzahl schwerer Stürze oft bereits mit kleinen Maßnahmen vermeiden lassen.

Ein wichtiger Ansatz zur Prävention von Stürzen ist Bewegung und Sport bis ins hohe Lebensalter. Durch das Training von Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit kann bei älteren Menschen ein Leistungszuwachs in den koordinativen Fertigkeiten bis zu 40 Prozent erzielt und damit aktive Sturzprophylaxe betrieben werden (Werle & Zimmer, 1999).

Methodisch – didaktische Aspekte der Gesundheitsförderung im Alter

Aus einer ganzheitlichen Sichtweise des Alterns haben Wahl & Heyl (2004, S. 41f) Essentials der Gerontologie beschrieben. Diese grundlegenden Überlegungen sollen in diesem Abschnitt als Leitfaden für eine Diskussion wesentlicher methodischer und didaktischer Aspekte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Alter dienen.

Altern als dynamischer Prozess zwischen Gewinn und Verlust

Für eine Gesundheitsförderung im Alter ist es wichtig, dass im Alter eine dynamische Entwicklung stattfindet. Diese Entwicklung weist jedoch nicht automatisch in eine Verlustrichtung, sondern es kommt auch zu „Gewinnen“ (Staudinger, 2005; Forstmeier, Uhlendorff, Maercker, 2005). In einigen Beschreibungen der Gewinn-Verlust-Perspektive wurde diese um eine dritte Komponente erweitert, in der es um die Aufrechterhaltung des Vorhandenen geht. Als Aufrechterhaltungsprozesse werden dabei alle Bemühungen zur Vermeidung negativer Einwirkungen gefasst (Maercker, 2003).

Im Alter bestehen weiterhin emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale und soziale Ressourcen. Dies macht deutlich, dass in den menschlichen Stärken ein enormes Potenzial für die Gesundheit von Senioren und ihr erfolgreiches Altern liegt (Forstmeier, Uhlendorff, Maercker, 2005; Ackermann & Oswald, 2008). Auch bei Antonovsky (1997) ist Ressourcenaktivierung ein

zentraler Wirkmechanismus jeder Gesundheitsförderung. Daher ist es naheliegend als zentrales Element der Gesundheitsförderung im Alter – neben der sicherlich wichtigen Prävention – Ressourcen zu aktivieren und zu fördern.

Altern als biologisch und medizinisch bestimmter Prozess

Altern ist gekennzeichnet durch eine stetig fortschreitende, nicht umkehrbare Veränderung der Funktionen und Strukturen des Organismus (Schachtschabel, 2004). Veränderungen betreffen nahezu alle Organsysteme wie Herz-Kreislauf-System, Nervensystem, Lunge, Niere, Muskelapparat, Sinnesorgane (Ding-Greiner, Lang, 2004).

Maercker (2003) hat auf die speziellen Erfordernisse einer Alterspsychotherapie hingewiesen. Diese gelten natürlich auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung (ebd., S.147f.): Gesundheitsförderliche Interventionen mit älteren Patienten verlaufen generell langsamer als die mit jüngeren, z. T. durch die häufigen sensorischen Probleme, wie die reduzierte Seh- oder Hörfähigkeit. Gesundheitspädagogen sollten daher langsamer sprechen und klarer formulieren, da ein unklarer Ausdruck das Verständnis stören kann. Im Zusammenhang damit steht, dass die meisten älteren Menschen nicht in der gleichen Geschwindigkeit oder Art lernen, wie dies jüngere tun. Sie sind beim schlussfolgernden Denken und bei der abstrakten verbalen Verarbeitung im Nachteil gegenüber Jüngeren. Um dies zu kompensieren, sollte die Problemlösungen in handhabbaren „Einheiten“ erarbeitet werden. Dabei sollten häufige Wiederholungen gemacht werden, so dass die Kernaussagen gut angenommen werden können. Um für die kognitive Verlangsamung oder die sensorischen Einbußen zu kompensieren, ist es hilfreich die wichtigsten Informationen in verschiedenen sensorischen Modalitäten anzubieten. Zum Beispiel kann die Gesundheitspädagogin wichtige Themen und Begriffe zugleich verbal und visuell (z. B. auf einem Flipchart) anbieten sowie die Patienten Notizen machen lassen. Weiterhin kann das Mitgeben von Handouts oder das Aufgeben von schriftlichen Hausaufgaben (z. B. schriftliche Ausarbeitungen) das Verständnis und die Aneignung wichtiger gesundheitspädagogischer Kernaussagen ebenfalls erleichtern. Geduld, Beharrlichkeit und Flexibilität auf der Seite der Gesundheitspädagogin sind für eine erfolgreiche Arbeit mit den Älteren unabdingbar. Zudem sollten die Gesundheitspädagoginnen ein gutes Wissen über die häufigsten körperlichen Erkrankungen und deren Behandlungsstandards haben. Das beinhaltet ggf. auch Kontakte mit dem betreuenden Arzt des Patienten. Hierbei kann gegenseitige Aufklärung über die jeweiligen therapeutischen Vorgehensweisen erfolgen bzw. eine gegenseitige Unterstützung in der Compliancebindung des Patienten erreicht werden.

Altern als lebenslanger und biografisch verankerter Prozess

Altern muss immer auch unter der Perspektive gesehen werden, was in früheren Lebensabschnitten geschehen oder nicht geschehen ist und wie der Mensch sein individuelles Altern gestaltet. Denn biographische Erfahrungen prägen die Einstellungen und den Lebensstil von Individuen und Gruppen nachhaltig. Die unterschiedlichen Lebenserfahrungen widerspiegeln sich in den individuellen Gesundheitsbiographien, die je nach Verfügbarkeit und Nutzung von Ressourcen variieren. Die Ressourcen wiederum sind vor allem abhängig vom historischen, kulturellen und sozialen Kontext und von intra- und interindividuellen Merkmalen.

Eine altersspezifische Gesundheitsförderung sollte also den einzelnen alternenden Menschen in seiner individuellen Einzigartigkeit, in seinen subjektiven Lebensorientierungen und Sinnsetzungen und vor allem auch in seinem biographischen Gewordensein in das Zentrum stellen (Abraham, 2008). In diesem Zusammenhang wäre zu fordern, dass eine zielgruppengerechte altersspezifische Gesundheitsförderung und Prävention zum einen den Lebenslauf und zum anderen die Altersphase des einzelnen Älteren in den Blick nehmen muss (Ackermann & Oswald, 2008). Hier liegt ein Schlüssel zum Verständnis von Gesundheit im Altern. Die aktuelle Einstellung zur Gesundheit, aber auch zu Krankheiten und Behinderungen sind als biographisch gewordene Einstellungen zu deuten. Grundannahmen, die im Laufe des Lebens sich entwickelten und etwas ermöglichten, die – erzwungen oder gewählt – eingeübt und dadurch die Identität des Einzelnen stiften und die eigene Existenz sichern, stützen und ausmachen (Abraham, 2008). Allerdings existieren noch immer große Wissenslücken über Fernwirkungen von Gesundheitsrisiken und -belastungen aus früheren Stadien der Biografie.

Gesundheitsförderung im Alter muss trotzdem bei der Konzeption von Maßnahmen biographische Aspekte einbeziehen. Ein Lernen ohne einen biographischen Bezug, ohne Einbezug der individuellen Erfahrung erscheint uns gerade bei älteren Menschen kaum sinnvoll.

Altern als sozial, sozio-kulturell und ökonomisch bestimmter Prozess

Die räumliche und soziale Umwelt stellen mehr als den Rahmen für Alternsprozesse dar, vielmehr beeinflussen sie den Alternsprozess direkt. Ökonomische Ressourcen zusammen mit Bildung haben wesentliche Auswirkungen auf Gesundheit, Autonomie und Wohlbefinden im Alter.

Das Prinzip einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung – im Jugendbereich seit langem anerkannt – gilt daher in ebenso starkem Maße

für ältere Menschen, die stark unterschiedliche Lebens- und Gesundheitserfahrungen aufweisen (Bauer, 2008; Höpflinger, 2008). Eine besondere Herausforderung von Gesundheitsförderung im Alter besteht darin, diejenigen Personen zu erreichen und zu motivieren, die ihre Gesundheit – aus unterschiedlichen Gründen – jahrelang vernachlässigt haben (Höpflinger, 2008). Besondere Risikogruppen sind beispielsweise ältere verwitwete oder geschiedene Männer, die ihre Gesundheitsvorsorge früher ihren Frauen überlassen haben. Auch ältere Migrantinnen und Migranten und ungelernte Rentner/innen mit harten Arbeitsbiografien, die sozial schlecht integriert sind, stellen besondere Herausforderungen für die Gesundheitsförderung dar. Ältere Personen mit einer Suchtkarriere sowie ältere Frauen und Männer, die an depressiven Symptomen leiden, erfordern in der Regel bei Betreuungspersonen spezielles psychosoziales Know-how. Da außerdem die Lebenslagemerkmale, z. B. ungünstige Wohnverhältnisse, soziale Isolation, zu den Risikofaktoren zählen, muss Gesundheitsförderung im Alter auch dort ansetzen.

Altern als differentieller Prozess und zwar bezüglich aller Dimensionen des Alterns

Das Altern verläuft nicht einheitlich, sondern noch stärker als in jüngeren Jahren differenziert sich die interindividuelle Unterschiedlichkeit aus. Dies bedeutet, dass nahezu in allen Dimensionen (Körperfunktionen, Leistungsindikatoren, soziale Netzwerke, Persönlichkeit, Alltagskompetenz) die Unterschiede zwischen Personen mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen.

Wichtig ist nun, in der Förderung von Gesundheit im Altern diese Unterschiedlichkeit aufzugreifen. Gesundheitsförderung bei älteren Menschen muss klar zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein (Bauer, 2008). Dabei sind die Zielgruppen nicht primär über das Alter zu definieren, sondern über andere relevante Kriterien (z.B. körperliche Fitness, Art der funktionellen Beschwerden, Bedürfnisse und Interessen). Konkret bedeutet dies, dass es die Gesundheitsförderung im Alter nicht geben kann, sondern dass differenzierte Angebote hinsichtlich inhaltlicher Ausgestaltung, verwendeter Sozialformen und angebotener Seminarmethoden notwendig sind.

Altern als multidimensionaler Prozess, der sich auf verschiedenen Ebenen vollzieht

Altern findet seinen Ausdruck gleichzeitig auf sehr unterschiedlichen Ebenen. Somatische, psychische, funktionelle, emotionale, kognitive und soziale Faktoren spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Inhaltlich fokussiert Gesundheitsförderung im Alter sehr stark die Bereiche

Ernährung, Bewegung und kognitives Training (z.B. Ackermann & Oswald, 2008, Werle, Woll & Tittlbach, 2006). Aus einer ganzheitlichen Sicht sind damit jedoch auf individueller Ebene noch nicht alle wesentlichen Dimensionen des Alterns abgedeckt. Auch die Bereiche Emotionalität, soziale Kontakte, soziale Kompetenz, Alltagskompetenz, sowie Aspekte des Lebenssinns erscheinen aus unserer Sicht von zentraler Bedeutung für eine Gesundheitsförderung im Alter (Oswald & Kunzelmann, 1995, Oswald, 1998)

Altern als Prozess, der sich zwischen Objektivität und Subjektivität bewegt

Häufig findet sich in der Altersforschung eine deutliche Diskrepanz zwischen objektiven Fakten und subjektiven Bewertungen. Trotz der Einbußen an körperlicher Attraktivität, Belastbarkeit und Beweglichkeit bleiben Lebenszufriedenheit und Lebensfreude konstant. Zur Erklärung dieses Phänomens, das auch als Wohlbefindensparadoxon bezeichnet wird, werden heute der hohe Anteil positiver Affektivität sowie die im Laufe des Lebens gewonnen Bewältigungserfahrungen sowie die kognitive Diskrepanzreduktion durch Vergleichsprozesse herangezogen (Maercker, 2003). Für die Gesundheitsförderung ist es bedeutsam, die Gewinne des Alters herauszuarbeiten und als Ressourcen zugänglich zu machen. Folgende Gewinne können nach Kruse (2007, S. 361) unter anderem für eine Gesundheitsförderung von Bedeutung sein:

- Sich an den einfachen Dingen des Lebens freuen
- Veränderung des Anspruchsniveaus an ein zufriedenstellendes Leben
- Aufrechterhaltung einer positiven und bejahenden Lebenseinstellung
- Kompetenz im Umgang mit Anforderungen des Lebens
- Realistischere Einschätzung und Akzeptanz der Grenzen eigenen Handels
- Offenheit gegenüber der Zukunft trotz begrenzter Lebenszeit
- Zunehmende Fähigkeit, die unerfüllt gebliebenen Wünsche und Erwartungen im Lebenslauf zu akzeptieren
- Zunehmende Fähigkeit, frühere Ereignisse und Erlebnisse neu zu bewerten.

Altern als plastischer Prozess mit Grenzen.

Auch im Altern ist der Organismus noch in der Lage, eingetretene Verluste zu kompensieren. Dies gilt nicht nur für Prozesse auf Zellebene oder im Kortex, sondern auch für konkretes Alltagsgeschehen (Wahl & Heyl, 2004). Die körperliche wie die kognitive Leistungsfähigkeit ist bis ins hohe Alter trainierbar (Werle, Woll & Tittlbach, 2006, Oswald, Hagen, Rupprecht, & Gunzelmann, 2002). Gesundheitsförderung ist also bis ins hohe Alter sinnvoll. Für

den älteren Menschen bedeutet Gesundheitsförderung, bestehende Reserven auszubauen, verlorenen Fähigkeiten wiederzugewinnen oder psychosoziale Benachteiligungen durch körperliche Einschränkungen zu verhindern (Meier-Baumgartner, Dapp, Anders, 2006). Daran knüpft sich die Hoffnung, die Entstehung von Krankheit oder Behinderung zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Jedoch umfasst Altern in einer langlebigen Gesellschaft wie beschrieben verschiedene Phasen. Das Verhältnis lebensgeschichtlicher und alternsbiologischer Einflussfaktoren auf das gesundheitliche Befinden verändert sich im Verlauf von Alternsprozessen (Höpflinger, 2008). Im dritten Lebensalter, zwischen 65 und 80 Lebensjahren, sind gesundheitliche Einschränkungen weitgehend mit früherem und aktuellem Gesundheitsverhalten verbunden. Im sogenannten vierten Lebensalter, primär nach dem 80. Lebensjahr, spielen Vererbung und Veranlagung sowie altersspezifische Faktoren im engeren Sinne eine immer größere Rolle. Höpflinger (2008, S. 93) formuliert daher plakativ: *„Gute Gesundheit mit 75 ist primär bedingt durch Lebensstil und bisherigem Gesundheitsverhalten, gute Gesundheit mit 90 ist eng mit familiengenetischen Faktoren verbunden. Moderne Gesundheitsförderung hat diese Grenzen der Gesundheitsförderung im hohen Alter zu berücksichtigen.“*

Zusammenfassung

Altern ist ein lebenslanger, biographisch verankerter Prozess, der durch eine hohe interindividuelle Variabilität gekennzeichnet ist. Alternsverläufe sind dynamisch und bewegen sich zwischen Gewinn und Verlust. Sie werden bestimmt durch biologische Veränderungen, die jedoch durch soziale, insbesondere ökonomische Prozesse beeinflusst werden. Letztlich kann Altern als Produkt von Personeneigenschaften und sozialer Umwelteinflüssen verstanden werden. Die Vorbereitung auf ein „gesundes“ Altern sollte früh beginnen. Für viele körperliche und kognitive Alterungsprozesse, die eine hohe so genannte Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aufweisen, besteht die Möglichkeit, den Alterungsprozess durch entsprechende Verhaltens-, Lebensweisen und Übungsprogramme hinauszuschieben (Walter, 2001). So kann die körperliche Leistungsfähigkeit und Koordination durch entsprechende Mobilitätsübungen trainiert werden. Angemessene Interventionen können Ältere nahe an das frühere Funktionsniveau zurückbringen. Aber auch das Sozialverhalten und die soziale Kompetenz der Älteren kann verbessert werden (Oswald & Gunzelmann, 1995). Prävention für Ältere sollte sich daher im Sinne der Gesundheitsförderung nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alternsprozess in seiner Individualität berücksichtigen.

Im Sinne der Ausgangsfrage „Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys“ kann zusammenfassend festgestellt werden: Für das 3. Lebensalter kann eine optimistische Grundstimmung aufkommen, da Menschen im Alter zwischen 60 und 85 Jahren eine immer bessere körperliche und geistige Fitness aufweisen und sie in der Lage sind sich viele Lebensträume zu erfüllen (Rott, 2006). Für das 4. Lebensalter (ab 85 Jahren) gibt es jedoch „not so good news“ (Rott, ebd.). Die körperliche Morbidität nimmt zu, die geistigen Ressourcen ab. Es ist eine sehr vulnerable Lebensphase mit zunehmender Unmöglichkeit der effektiven Kompensation von Defiziten (Wahl & Rott, 2002, S.52).

Literatur

- Abraham, A. (2008). Körperlichkeit und Bewegung im biographischen Kontext – Zur Notwendigkeit einer körper- und bewegungsbezogenen biographischen Perspektive in der Gerontologie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 177-181.
- Ackermann, A. & Oswald, W.D. (2008). Selbständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern. In W.D. Oswald, U.M. Fleischmann & G. Gatterer (Hrsg.), *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S.129-140). Wien: Springer.
- Altenbericht (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Bundesdrucksache 14/5130 vom 19.1.2001. Online Ressource: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=3174.html> (Zugriff am 12.3.2009).
- Altenbericht (2006). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Bundesdrucksache 16/2190 vom 6.7.2006. Online Ressource: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff am: 13.11.2008).
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Baltes P. B. (1996). Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M. Baltes; L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter. Schriftenreihe der ADIA-Stiftung zur Erforschung neuer Wege für Arbeit und soziales Leben*; Bd.3 (S.29-71). Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (p. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bauer, U. (2008) Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung im Alter. In A. Kuhlmei, D. Schaeffer (Hrsg.), *Handbuch Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.276-293). Bern: Huber.
- Bachl, N., Schwarz, W., Zeibig, J. (2006). *Fit ins Alter - Mit richtiger Bewegung jung bleiben*. Wien: Springer.
- Backes, G. M., Clemens, W. & Künemund, H. (Hrsg.). (2004). *Lebensformen und Lebensführung im Alter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2005). Lernen und Gedächtnis. In R. F. Schmidt, N. Birbaumer, H. G. Schaible (Hrsg.), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (S.402-423). Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). *Gesund altern. Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter*. Online Ressource: http://www.seniorensseiten.info/dokumente/upload/a8a01_g-300-gesund-altern.pdf (Zugriff am: 19.3.2009)
- Clemens, W., Naegele, G. (2004). Lebenslagen im Alter. In A. Kruse, M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 387-402). Bern: Huber.
- Conzelmann, A. (2007). *Wer rastet, der rostet! Mit Sport und Bewegung erfolgreich ins Alter*. UniPress Bern, 132, 21-22 Online Ressource: www.kommunikation.unibe.ch/unibe/rektorat/

kommunikation/content/e80/e1425/e4697/e4827/e4829/linkliste5315/up_132_s_21_conzelmann.pdf (Zugriff am 10.3.2009).

Deutsches Statistisches Bundesamt (2006). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050*. Wiesbaden.

Ding-Greiner, C., & Lang, E. (2004). Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 182-206). Bern: Huber.

Forstmeier, S., Uhlendorff, H. & Maercker, H. (2005): Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 18, S.227-257.

Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3, 343-353.

Höpfinger, F. (2003) *Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen*. Online Ressource: <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1J.html> (Zugriff am 28.12.2008).

Höpfinger, F. (2007). *Demographische Alterung - Hintergründe und Trends in der Schweiz*. Online Ressource: <http://www.hoepfinger.com/fhtop/Demografische-Alterung.pdf> (Zugriff am 28.12.2008).

Höpfinger, F. (2006). *Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder*. Online-Ressource: <http://www.hoepfinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf> (Zugriff am 28.12.2008).

Höpfinger, F. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen im höheren Lebensalter. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich* (S.91-93). Zürich: ISPM.

Katzman, R. (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, 13–20.

Klein, Th. (2004). Lebenserwartung - gesellschaftliche und gerontologische Bedeutung eines demografischen Konzepts. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 66-81). Bern: Huber.

Kliegl, R. & Mayr, U. (1997). Kognitive Leistung und Lernpotential im höheren Erwachsenenalter. In F. Weinert und H. Mandl (Hrsg.), *Psychologie der Erwachsenenbildung. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D, Serie I, Bd. 4* (87-114). Göttingen: Hogrefe.

Knesebeck, O. v d (2005). Alter, soziale Faktoren und Gesundheit. In B. Badura, O. Iseringhausen (Hrsg.), *Wege aus der Krise der Versorgungssituation: Beiträge aus der Versorgungsforschung* (S. 26–36). Bern: Huber.

Knesebeck, O. v d (2004). Sozialer Status und subjektive Gesundheit im Alter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8, 262–272.

Kruse, A. (1999). *15 Regeln für gesundes Älterwerden*. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit.

Kruse, A. (2005). Bildung im höheren Lebensalter. Ein aufgaben-, kompetenz- und motivationsorientierter Ansatz. In R. Tippelt (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung* (S. 581-587). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissen.

Kruse, A. (2007). Chancen und Grenzen der Selbstverantwortung im Alter. In W. Härle & B. Vogel (Hrsg.), *„Vom Rechte, das mit uns geboren ist.“ Aktuelle Probleme des Naturrechts* (S. 335-377). Freiburg: Herder.

Kruse, A. & Schmitt, E. (2004). Differenzielle Psychologie des Alterns. In K. Pawlik (Hrsg.),

Enzyklopädie der Psychologie – Angewandte Differenzielle Psychologie (S. 533-571). Göttingen: Hogrefe.

Kuhlmey, A. (2006). *Gesundes Altern – geht das?* GGW, 6, 7-13.

Lindenberger, U. (2000). Anwendungsorientierte Interpretation zentraler Befunde kognitiver Forschung. In Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S.142-147). Stuttgart: Kohlhammer.

Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132–149.

Mayer, K. U., & Baltes, P. B. (eds.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

Meier-Baumgartner, H. P., Dapp, U., Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren*. Stuttgart: Kohlhammer.

Meyer, P. C. (2000). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*, Opladen: Leske + Budrich.

O'Brian Cousins, S. (1995). Social support for exercise among elderly women in Canada. *Health Promotion International*, 10, 273-282.

Oswald, W. D. (Hrsg.) (1998). *Das SIMA-Projekt: Gedächtnistraining - Ein Programm für Seniorengruppen*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe

Oswald, W. D. & Gunzelmann, T. (Hrsg.) (1995). *Das SIMA-Projekt: Kompetenztraining – Ein Programm für Seniorengruppen*. Göttingen: Hogrefe

Oswald, W.D., Hagen, B., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 15, 13–31.

Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter: Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa.

Perrig-Chiello, P., Jaeggi, S.M., Buschkuhl M., Stähelin H.M., Perrig, W.J. (2009). Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing*, 6, 27–37.

Petermann, H. & Roth, M. (2006). Alter: Produktiver Umgang mit den Aufgaben einer Lebensphase. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.245-263). Berlin: Springer.

Rott, Ch. (2006). *Chancen und Risiken eines sehr langen Lebens*. Online Ressource: http://www.bio-pro.de/magazin/umfeld/archiv_2006/index.html?lang=de&artikelid=/artikel/02853/index.html. Zugriff am: 19.3.2009.

Richter, R. (2006). *Psychische Erkrankungen im Alter: Vorbeugen und Therapieren*. Online Ressource: http://www.weltgesundheitsstag.de/pdf/2006richter_r_abstract.pdf (zugriff am: 28.12.2008)

Rott, Ch. & Wozniak, D. (2008). Warum leben manche länger. In W. D. Oswald, G. Gatterer, U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S.213-256). Berlin: Springer.

Samuelsson, S. M., Alfredson, B. B., Hagberg, B., Samuelsson, G., Nordbeck, B., Brun, A.,

- Gustafson, L., & Risberg, J. (1997). The Swedish centenarian study: A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *International Journal of Aging & Human Development*, 45, 223-253.
- Schachtschabel, D. O. (2004). Humanbiologie des Alters. In A. Kruse, M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 167-181). Bern: Huber.
- Schmeling-Kludas C (1994). Zur Krankheitsverarbeitung geriatrischer internistischer Patienten – Befunde im Vergleich mit jüngeren Kranken bei Entlassung aus dem Krankenhaus und drei Monate später. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 7, 219–231.
- Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E (1996). Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 9, 1–17.
- Schröder, J., Pantel, J. & Förstl, H. (2004). Demenzielle Erkrankungen – Ein Überblick. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 224-239). Bern: Huber.
- Schwedisches Staatliches Institut für Volksgesundheit (Hrsg.) (2007). *Gesundes Altern: Eine Herausforderung für Europa*. Online Ressource: [www.healthyageing.nu/ upload/Short%20version/german_shortHA_web.pdf](http://www.healthyageing.nu/upload/Short%20version/german_shortHA_web.pdf) (Zugriff am 14.11.2008).
- Seidler, A. (2004). Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen? *Jahrbuch für kritische Medizin*, 40, 40–48.
- Staudinger, U. M. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In S. M. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 740-757). Göttingen: Hogrefe
- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M., Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S.321-350). Berlin: Akademie Verlag.
- Strube, H. (2005). Es ist nie zu spät – Ernährung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 547–557.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, H.-W. & Rott, C. (2002). Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertise im Auftrag der Geschäftsstelle der Sachverständigenkommission für den 4. Altenbericht der Bundesregierung* (S. 5-95). Hannover: Vincentz-Verlag.
- Walter, U. (2001). *Präventionspotenziale für ein gesundes Altern*. GGW, 1, 21-26.
- Walter, U. (2007). Altern und Altersbilder. *Public Health Forum*, 15, 2-4.
- Walter, U., Flick, U., Fischer, C., Neuber, A. & Schwartz, F.W. (2006). *Alt und gesund? – Subjektive Vorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.
- Walter U, Schneider N. (2008). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Realität und professionelle Anforderungen. In Hensen G, Hensen P (Hrsg.). *Gesundheitswesen und Sozialstaat : Gesundheitsförderung zwischen Wirklichkeit und Anspruch* (S. 287-299). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walter, U., Schneider, N., Bisson, S. (2006). Gesundheit im Alter - Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49, 537-546.
- Werle, J., Zimmer, A. (1999). Sturzprophylaxe durch Bewegungssicherheit im Alter: Konzeption

und Effektivitätsprüfung eines sensumotorischen Interventionsprogramms bei Osteoporose-Patientinnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32,348–357.

Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). *Gesundheitsförderung – körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organisation (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: WHO.

Zimprich, D. (2004). Kognitive Leistungsfähigkeit im Alter. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 289-303). Bern: Huber.

Eine Tablette für jede Lebenslage: Zum Missbrauch von Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten

Gerhard Treutlein, Manuel Ruep

Problemstellung

Der Griff zu Leistungssteigernden Medikamenten und Drogen ist kein isoliertes Problem des Sports sondern ein gesamtgesellschaftliches Phänomen. Warum soll sich dann der Jugend-, Freizeit- und Breitensport mit dieser Missbrauchsproblematik beschäftigen, wo er doch auch so schon genügend Aufgaben hat? Will der organisierte Sport nur so gut oder schlecht wie die Gesellschaft sein, dann kann er diese Thematik negieren. Will er aber ein Modell für einen vernünftigen Umgang mit dem Körper und seinen Ressourcen sowie für Körperertüchtigung und Leistungssteigerung als Arbeit an der Persönlichkeit und Gesundheit von Menschen sein, dann muss er dieses Thema aufgreifen und bearbeiten. In nicht wenigen Fällen, vor allem im Leistungssport, ist der Sport bisher ein Modell für einen unvernünftigen Umgang mit Medikamenten und Nahrungsergänzungsstoffen sowie im Vergleich zur allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung oft ein Negativmodell.

Für die Beschäftigung mit dieser Problemstellung gibt es viele Gründe. Sogar die Kirchen fangen an, vor einem überzogenen Fitnesskult zu warnen, vor einem überzogenen Streben nach Aussehen und Gesundheit („Gesundheit – höchstes Gut?“, Spiegel online, 5.4.2008); ein solcher Fitnesskult ist nicht selten verbunden mit dem Missbrauch von legalen und illegalen Mitteln. Bedacht werden sollte auch, dass Sport oft dort vernünftiger betrieben wird, wo er als Mittel eingesetzt wird, z.B. in der Gewaltprävention oder in der Therapie.

Es geht aber auch um die Glaubwürdigkeit des organisierten Sports: Durch den Betrug im Spitzensport ist diese so massiv beschädigt, dass deshalb möglicherweise Kinder, Jugendliche und Erwachsene den organisierten Sport meiden, trotz dessen positiver Potentiale. Dabei wird übersehen, dass der oft unangemessene Umgang z.B. mit Schmerzmitteln nur ein Ausschnitt aus dem großen Spektrum des Sports ist, ähnlich wie schon in der Vergangenheit der leichtfertige Umgang mit Stimulantien oder mit anabolen Steroiden. Alle Verantwortlichen im Sport tun deshalb gut daran, die Themen „Alltagsdoping – Medikamentenmissbrauch – Substitution – Doping“ intensiv zu bearbeiten.

Alltagsdoping und Medikamentenmissbrauch – auch ein Thema für den Breiten- und Freizeitsport

Nach Digel ist Doping im Leistungssport nur ein Ausschnitt aus dem größeren Thema des Medikamentenmissbrauchs in Sport und Gesellschaft (Vortrag in Heidelberg am 12.6.2008). Bei der Verwendung der Definition „*Doping ist alles, was für an Wettkämpfen teilnehmende Sportlerinnen und Sportler nach den Listen von WADA und NADA verboten ist*“ wäre dies kein Thema für den Breiten- und Freizeitsport. Und manche wenden dann zusätzlich ein, dass man Doping eigentlich freigeben sollte, zumal es im Alltag vielfältige Formen des Medikamentenmissbrauchs gäbe. Dagegen ist einzuwenden, dass es für den Wettkampfsport schriftlich fixierte Regeln gibt, die den Charakter dieses Sonderbereichs der Gesellschaft bestimmen und deren Einhaltung die Idee des modernen Sports und dessen Moral sichern wie Fairplay, Unversehrtheit des Athleten oder Chancengleichheit.

Da der Spitzensport immer noch Vorbildcharakter zumindest für den Jugendsport hat, müssten sich Befürworter einer Freigabe des Dopings die Frage stellen: Was wäre, wenn Doping freigegeben würde? Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass dann Leistungssportler auf allen Niveaus noch mehr nach den wirksamsten Medikamenten suchen würden. Leistungssport würde so zum Wettkampf zwischen Pharmaindustrie und Sportärzten werden, bei dem Nebenwirkungen billigend in Kauf genommen werden würden, Leistungssport als Monsterschau. Würden die Befürworter einer Dopingfreigabe einen solchen Leistungssport betreiben wollen bzw. würden sie ihre Kinder in einen solchen Medikamentensport hineinschicken?

Im Alltagssprachgebrauch steht der Begriff „Doping“ schon seit langem für jede Form Medikamentenmissbrauch, die eine Leistungssteigerung verspricht, oder sogar für Leistungssteigerung insgesamt wie z.B. die Haare oder den Computer dopen; mögliche damit verbundene Probleme sind nicht bewusst oder werden unterschätzt. Missbrauch kann Abhängigkeit bzw. Sucht mit sich bringen, aber auch Organschädigungen (z. B. der Leber, der Nieren oder des Herzens) bis hin zum Tod; letztlich handelt es sich um einen **Perfektionierungsdrang oder auch Optimierungswahn** – der Mensch soll immer besser, schöner, leistungsfähiger werden, aber um welchen Preis? **Alltagsdoping** ist die tägliche Chemie für die Seele, der Versuch, ohne große Anstrengung gesellschaftliche Erwartungen zu erfüllen, Probleme zu kaschieren, Leistungsfähigkeit und Erfolg zu demonstrieren. Alltagsdoping findet in Form einer selbstverständlichen Einnahme „Leistungssteigernder Produkte“ wie Energy-Drinks, Diätprodukte, Appetitzügler, Schmerztabletten usw. statt. Potentielle Nebenwirkungen sind nicht ausreichend oder gar nicht untersucht. Zu einem besonderen Risiko wird

seit Jahren der relativ hemmungslose Umgang mit Schmerzmitteln wie Voltaren, ohne Rücksicht auf die potentiellen Nebenwirkungen.

Gesellschaft und auch der Sport sind im schnellen Wandel begriffen, Modernisierung und Globalisierung machen vor ihm nicht halt. Die damit verbundenen Tendenzen bringen Chancen und Risiken mit sich. Die Vielfalt der zusätzlichen Möglichkeiten überfordern viele Menschen. Begleiterscheinungen wie Rückgang der sozialen Netze, Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung, Zukunftsangst werden zum Teil durch Sporttreiben zu neutralisieren oder kompensieren versucht. Wir leben in einer Gesellschaft, die partiell Leistungsschwäche wie Krankheit behandelt. Die Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamentenmissbrauch sind ein Versuch, den Herausforderungen und Erwartungen der neuen Zeit gerecht zu werden. Und dies geschieht eben oft nach dem Motto: „Viel hilft viel!“

Selbst den Gebrauch von Schmerzmitteln müsste man eigentlich unter dem Begriff „Doping“ einordnen: Thevis (Dopinglabor Köln) weist darauf hin, dass „durch den zum Teil prophylaktischen Gebrauch von Schmerzmitteln ... die Leistungsgrenze eines Athleten erhöht bzw. der Leistungseinbruch aufgrund von Schmerzen hinausgezögert und somit das sportliche Gesamtergebnis beeinflusst werden (kann).“ (Süddeutsche Zeitung, 5.5.2008).

Für den Breiten- und Freizeitsport sollte im Zentrum des Interesses die Beschäftigung mit dem Begriff „Dopingmentalität“¹ stehen, d.h. mit der Bereitschaft, natürliche Grenzen mit Hilfe von Mitteln zu verändern, mehr aus sich rausholen, als normalerweise möglich wäre, also im Zweifelsfall Perfektionierung um jeden Preis. Dopingmentalität (vgl. Laure 1997) hat u. a. zwei Wurzeln und Vorbilder:

- Die Entwicklung des Leistungs- und Spitzensports (z.B. die Verwendung und Verbreitung anaboler Steroide)
- Die Entwicklung der Gesellschaft und die parallel verlaufende Entwicklung der pharmakologischen und medizinischen Möglichkeiten.

Beim Alltagsdoping verwendete Mittel

Verwendet werden legale und illegale Medikamente und Drogen. Zu den legalen Drogen gehören Alkohol, Tabak und Koffein. Illegale Drogen sind Amphetamin, Ecstasy, Cannabinoide, Heroin und Kokain. Eine Verwendung findet teilweise auch im Leistungssport statt. Beispiele für weitere beim Alltagsdoping verwendete Mittel (meist in Überdosierung):

1 Der Begriff „Doping“ wird hier im Alltagssprachlichen Sinne verwendet.

-
- Hustenmittel: Dexamethorphanhaltige Hustenblocker haben eine berauschende Wirkung. Nebenwirkungen können sein: Verwirrtheit, unkoordinierte Bewegungen, Krämpfe, Koma.
 - Methylphenidat (Ritalin) als Speedersatz, bewirkt Aktivitäts- und Konzentrationssteigerung. Nebenwirkungen sind Schlafstörungen, Gereiztheit, Appetitmangel, Schwindelgefühl.
 - Modafinil: Ermöglicht ein dreitägiges Wachbleiben ohne Ermüdungserscheinungen. Eigentlich verschreibungspflichtig, im Internet unter den Namen „Brain Quicken“ oder „attentive Child“ leicht erhältlich. Weitere Stimulantien werden zur Antriebs- und Aufmerksamkeitssteigerung verwendet.
 - Schmerzmittel zur Schmerzunempfindlichkeit oder für angenehme Gefühle (z.B. bis zu acht oder neun *Voltaren*, was schnell Nierenversagen auslösen kann, FAZ 17.12.06).
 - Beruhigungsmittel zur Angstminderung und Entspannung
 - Anabole Steroide zur Beschleunigung des Muskelaufbaus.

Relativ neu ist die Verwendung von pharmakologischen Mitteln zur „Verbesserung von normalen neurokognitiven Funktionen wie Stimmung, Gedächtnis, Appetit, Libido und Schlaf ... für viele längst eine Tatsache“ (Martha Farah zitiert nach Geipel, 2008, 19) – pharmakologische Optimierung nicht bei Kranken sondern bei Gesunden, verbunden mit der Hoffnung auf mehr Glück, unerschöpfbare Energien, ein besseres Gedächtnis, beste Laune oder einfach einen effizienteren Alltag. All dies sicherte den so genannten Lifestyle-Drogen im Jahr 2007 weltweit ein Marktvolumen von 29 Milliarden Dollar (Geipel, 2008, 19).

War früher die Richtung der Ausbreitung des Medikamentenmissbrauchs klar – vom Spitzensport in den Breiten- und Jugendsport und in die Gesellschaft hinein – sind heute beide Richtungen festzustellen, vom Sport in die Gesellschaft (z.B. anabole Steroide, Stimulantien) und umgekehrt von der Gesellschaft in den Sport (z.B. das Schmerzmittel *Tilidin* oder das Potenzmittel *Viagra*²). Welchen Optimierungswahn unsere Gesellschaft entwickelt, zeigt

2 Steigerungshungrige Athleten nehmen alles, was Erfolg verspricht. *Viagra* war zunächst nur ein Medikament zur Steigerung der Erektionsfähigkeit des Manns. Sportler haben aber in der Zwischenzeit weitere leistungssteigernde Potentiale von *Viagra* entdeckt wie Steigerung der Sauerstoffaufnahme, Verbesserung des Blutflusses, Sauerstofftransport in die Muskeln. Langzeitmissbrauch verursacht Hodenschrumpfung. *Viagra* soll auf die Lungen eine ähnliche Wirkung haben wie auf den Penis. Grundsatzsubstanz von *Viagra* ist Nitritoxyd (NO). Mittel mit Namen wie „NO Explode“, „Nytric EFX“ oder „Sarur8“ werden wegen ihrer gefäßerweiternden Wirkung angepriesen.

nicht nur die ästhetische Chirurgie mit ihrer rapide wachsenden Zahl von Operationen; der Sport bleibt von solchen Tendenzen nicht unberührt. Nach einer Leserumfrage der Wissenschaftszeitschrift *Nature* vom Januar 2008 zum Gebrauch leistungssteigernder Psychopharmaka (1400 teilnehmende Leser) verwendete ein Fünftel solche Präparate, vor allem zur Erhöhung des Konzentrationsvermögens. Am populärsten sind Ritalin, das Stimulans Provigil (Modafinil) und Betablocker (zum Abbau von Ängsten). 4/5 der Antwortenden meinten, gesunden Erwachsenen sollte der Gebrauch dieser Mittel erlaubt sein; 70 % ziehen sie für sich selbst in Betracht. Ein Drittel würde diese Mittel den eigenen Kindern verabreichen, wenn die anderen Kinder sie auch bekämen. Die subjektive Theorie dahinter ist: *Wer fit ist und gut aussieht, ist der „bessere“ Mensch: Diszipliniert, leistungsbereit, attraktiv.*

Entwicklung von Problembewusstsein

Veränderung setzt Problembewusstsein, manchmal sogar Leidensdruck voraus. Grundlage für Veränderungsbereitschaft ist Wissen. An Wissen um die Nebenwirkungen des Alltagsdopings fehlt es. Wer nicht Bescheid weiß, sieht nichts, erkennt kein Problem von Relevanz. „Der Sport muss Mittel und Wege finden, Vereine und Vereinsmitarbeiter über die Ausmaße und Gefahren des Dopings für Jugendliche zu informieren, so wie es der Staat mit den Drogen macht“ (Theo Rous, Vortrag in Philippsburg, 28.2.2008). Diese Aktivität sollte sich aber nicht auf die Jugendlichen und auf Doping beschränken, sondern alle Bereiche des Sports und des Missbrauchs erfassen – der Missbrauch von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln ist ein zentrales Thema für den Sport!

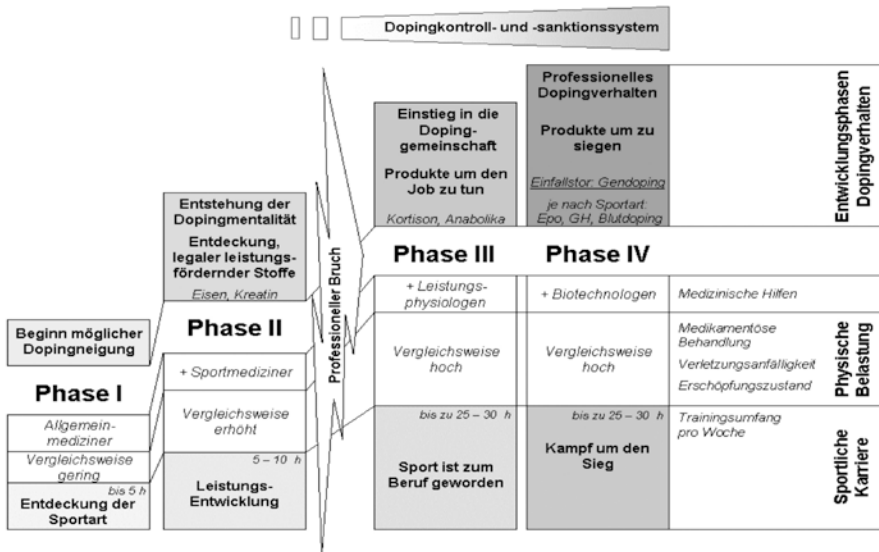
Problematische Entwicklungen

Dopende Leistungssportler werden hart beurteilt, während Medikamentenmissbrauch und Substitution in der Gesellschaft insgesamt eher als erwünscht gelten. Folgende Entwicklungen haben die Problemlage verschärft:

- Bodybuilding und später Fitnesszentren sind im Lauf der letzten Jahrzehnte zu Experimentierfeldern und manchmal zu Verteilungszentren von Wissen und Mitteln geworden.
- Die Entwicklung einer *Dopingmentalität* ist heute schon ab dem ersten Lebensjahr möglich – früher gab es die Möglichkeit der Gabe von Vitaminen und anderen Zusatzstoffen nicht. Was sich dabei festsetzt: Wenn ich etwas erreichen will, muss ich etwas zusätzlich tun – Medikamente können mir dabei helfen.

- Auch außerhalb des Wettkampfsports wird im Sport häufig eine *Dopingmentalität* an den Tag gelegt. Muskeln müssen schneller aufgebaut werden, Ausdauerverbesserung darf kein langer, stetiger Prozess sein, die Figur soll möglichst schnell den Erwartungen und Wünschen angepasst werden. Schmerzmittel sollen die Trainingsbelastungen erträglicher machen. Damit werden Hauptziele des Sports wie Gesundheitsförderung und Entspannung, aber auch die Unversehrtheit der Sporttreibenden gefährdet.
- Erst am Ende einer Entwicklung steht Doping im Leistungs- und Spitzensport: Von den Vitaminpillen über Medikamentenmissbrauch zum Doping. Über die Befragung von gedopten Radprofis hat Christophe Brissoneau (Paris) folgendes Modell entwickelt:

Entstehung von Dopingmentalität und Doping im Wettkampfsport



Der Weg von den legalen Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln zum Doping ist schleichend. Der Amateursport kann über Bildungsarbeit und Prävention wesentlich dazu beitragen, dass eine solche Entwicklung nicht zwangsläufig ist bzw. seine Aufgabe ist es, mit Primärprävention zu beginnen, bevor Versuchungssituationen im Leistungssport eintreten oder um Freizeit-

und Breitensportler über den Unsinn von Medikamentenmissbrauch oder zu frühzeitiger Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln aufzuklären und davon abzuhalten. Ergänzend muss zudem die Entwicklung und Verstärkung von Schutzfaktoren hinzukommen wie mentale Stärkung (vgl. Amler, Bernatzky, Knörzer, 2006), soziales Netz, gesunde Lebensführung, was Knörzer et al. unter dem Begriff „kompetenzorientierte Dopingprävention“ fassen.

Der heutige Mensch sieht sich zunehmenden Belastungen ausgesetzt: Gift- und Schadstoffe aus Luft, Wasser, Nahrung, erhöhte UV-Strahlung, Elektro-Smog, Rauchen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch; Lärm; körperlicher und emotionaler Stress. Dies verleitet dazu, befürchteten Mangelzuständen und Überlastungsfolgen vorzubeugen, aber nicht nur mit natürlichen Mitteln (Bewegung, Schlaf, gesunde Ernährung), sondern mit Hilfe von Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten. All dies fördert den frühzeitigen Griff zur Pille – das Gehirn gewöhnt sich an die „Notwendigkeit“ dieses Handelns. Für manche kann der Griff zur Pille zwanghaft werden; über die zunehmende Abhängigkeit wird das Selbstvertrauen unterminiert. Sinnvoll angelegter Sport muss daran interessiert sein, neben Doping auch Alltagsdoping zu problematisieren und zu vermeiden helfen.

Laure (Antidopingverantwortlicher für Lothringen) macht für die Entstehung von Dopingmentalität im Sport eine negative Konstellation von psychosozialen Faktoren (wie z.B. Geschlecht), Anreizfaktoren (z.B. Milieu im Sportverein, Wunsch nach Vermeidung von Ermüdung, soziale Anerkennung, Verdienstmöglichkeiten) und auslösenden Faktoren verantwortlich (z.B. Selektionsdruck) (Laure, 2006, 56). Deshalb darf Prävention nicht bei der Verhaltensprävention (Veränderung des Verhaltens von Menschen) stehen bleiben, die Verhältnisprävention (Veränderung von Missbrauchsbegünstigenden Strukturen) muss ergänzend hinzukommen, zum Beispiel Information und Beeinflussung von Ärzten, Funktionären, Trainern, Übungsleitern ebenso wie Ausbildungsordnungen, Selektionsverfahren, Besetzung von relevanten ehren- und hauptamtlichen Positionen. Schule, Verein und Verband sollten in die Aufgabenstellung der Prävention von Medikamentenmissbrauch und Nahrungsmitteln einbezogen werden.

Beispiele für Forschungsergebnisse und Erfahrungen zu einigen Ursachen und Risiken der Entwicklung von Dopingmentalität

- Jungen sind für harte Dopingmittel anfälliger als Mädchen, neigen verstärkt zu Risikoverhalten und orientieren sich an einem Körperideal, das die missbräuchliche Verwendung von Muskelaufbauenden Präparaten

fördern kann. Das Wissen um schädliche Nebenwirkungen ist gering.

- Ein überzogenes Körperideal (muskulöser Körper bei Jungen, untergewichtiger Körper bei Mädchen) ist oft Ursache für Medikamentenmissbrauch (Steroide, Wachstumshormon, Kreatin, Diuretika, Nahrungsergänzungsmittel usw.).
- Besonders gefährdet sind Besucher von Fitnessstudios mit vorwiegend männlicher Kundschaft (vgl. Boos et al., 1998), da sie dort oft auf ein missbrauchfreundliches Milieu treffen.
- Oft wissen Kinder und Jugendliche mehr über Substanzen (einschließlich der Bezugsquellen) als ihr Erwachsenenumfeld; das Wissen zu schädlichen Nebenwirkungen ist eher gering. Das Internet ist häufig eine Quelle für Falschinformationen.
- Medikamentenmissbrauch ereignet sich selten allein: Nach einer Befragung von Donati von ca. 40.000 italienischen Schülern kommen auf einen missbrauchsbereiten Nichtraucher Jugendlichen 60 Raucher mit Missbrauchspraxis (Doping). Andere Studien belegen den Zusammenhang zwischen Rauchen und weiteren Auffälligkeiten wie exzessiver Alkoholkonsum, Störungen des Sozialverhaltens (Laucht, 2007).
- Cannabiskonsum im Jugendalter ist wesentlich gefährlicher als im Erwachsenenalter; er fördert das „Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung und die Begünstigung von psychiatrischen Störungen“ (Schneider, 2007, 90).
- Nach französischen Untersuchungen sind Kinder und Jugendliche, die weniger als eine Stunde und mehr als acht Stunden wöchentlich Sport treiben bzw. trainieren, in erhöhtem Maße suchtgefährdet. Nach Studien von Roland Jouvent steigt mit der übermäßigen Steigerung des Trainingsumfangs das Verlangen nach Produkten wie Amphetamin oder Kokain (www.cycling4fans.de --> Doping, Sport und Kokain).
- Nach Laure ist das Risiko, dass in späteren Jahren viele Substanzen genommen werden, fünfmal so hoch, wenn Mittel schon im Alter von 6 – 12 Jahren gegeben werden (Laure, 2000, S. 295ff.).
- Bis zu 25 % der Studierenden amerikanischer Colleges nehmen gelegentlich Medikamente zur Steigerung ihrer geistigen Leistungen (Neuro-Enhancement, Neue Zürcher Zeitung, 23. Januar 2008). Wo besonders hoher Selektionsdruck besteht, wird mehr „gedopt“.
- Die langfristige Einnahme von Psychostimulantien wie Ritalin kann zu Wachstumsstörungen führen. Amerikanische Militärpiloten fliegen heute manche ihrer Einsätze Modafinil-gedopt (NZZ, 23.1.2008). Zur

Selbstmedikation werden Glückspillen wie Fluctin verwendet, Wachmacher wie Kokain, neuerdings auch das Alzheimer-Mittel Donepezil sowie der Wirkstoff Modafinil.

- Eine Befragung von rund 2000 Mitgliedern großer Orchester in den USA ergab, dass ca. 27 % der Musiker Beta-Blocker nehmen, 19 % täglich. Jeder fünfte Musiker hat ein Alkoholproblem, ebenso viele gaben Medikamentenmissbrauch zu (Welt-Online, 31.12.2007).
- Psychoaktive Substanzen sind im Vormarsch, auch zur Leistungssteigerung. Von neueren Antidepressiva, welche die Produktion des Botenstoffs Serotonin im Gehirn anregen, wurden 2006 in Deutschland 4,8 Millionen Packungen verkauft, trotz der teilweise beträchtlichen Nebenwirkungen.
- Substanzmissbrauchende Jugendliche leiden häufiger unter psychischen Problemen (Laucht, 2007, 45).
- Die Top 5 von Freizeitsportlern sind: Stimulanzien, Anabolika, Peptidhormone, Narkotika, Nahrungsergänzungsmittel (ARD, Michaela Rose, Ende Juli 2007).
- Hans Geyer vom Dopinglabor in Köln: „Es wird alles ausprobiert, was auf dem Markt ist. In vielen Sportarten ist kaum noch ein Athlet ohne Schmerzmittel am Start“ (Welt, 7.6.2007).

Zur Situation von Alltagsdoping und Medikamentenmissbrauch

Alltagsdoping rückt schleichend vor als Folge eines Menschenbilds, das den Menschen als Mängelwesen betrachtet, dem für Gesundheit, Gesellschafts- und Leistungsfähigkeit stets etwas zugeführt werden muss. Bei Kleinkindern sind das Vitamine, bei Kindern und Jugendlichen anregende oder dämpfende Medikamente. Nach einer Luxemburger Studie ist die Bereitschaft zur Verwendung illegaler Drogen umso größer, je umfangreicher die Vorerfahrung mit legalen Schmerz-, Schlaf- oder Aufputzmitteln ausfällt: „Wenn Heranwachsende schon in frühester Kindheit daran gewöhnt werden, alle körperlichen und psychischen Probleme mit Hilfe einer Pille zu regeln, wird das Hirn so programmiert, dass die Fähigkeit, Probleme aus sich heraus zu lösen, verloren geht“ (Amendt, 15.8.2004).

„Denn beim winzigsten Befund werf ich kunterbunt meine Pillen in den Schlund“ singt die Band Wise Guys, womit sie den Zeitgeist trifft (Südwestpresse Ulm, 11.12.2007).

Das Problematische dabei ist: Kinder lernen von klein auf: Wenn ich etwas erreichen oder vermeiden will, dann muss ich etwas zusätzlich machen. Anstrengung oder Abwarten reichen nicht aus, wenn ich dem gesellschaftlichen Leitbild des leistungsfähigen Menschen entsprechen will. Auf diesem Wege geht die Hemmung vor der Einnahme von Substanzen und Medikamenten verloren. Auf dieser Basis ist später der Schritt zu illegalen Drogen und zum Doping im Leistungssport wesentlich leichter.

Mindestens ein Drittel der Schüler in Deutschland nimmt regelmäßig Medikamente gegen Schulstress und Leistungsüberforderung, meist als Folge eines so empfundenen enormen Leistungsdrucks³. Übermedikation pathologisiert die Kindheit und therapiert sie pharmakologisch. Die Warnungen vor späteren Hirnschäden häufen sich. Grundsätzlich sollten Kinder – ebenso natürlich Erwachsene – so wenig wie möglich die Erfahrung machen, dass sie nur mit Hilfe einer Pille funktionieren können.

Medikamentenmissbrauch ist der Versuch, erwartete Leistungen mit Hilfe von Chemie zu erbringen. Wir leben in einer Gesellschaft, die zumindest partiell Leistungsschwäche wie eine Krankheit behandelt. Mit Medikamentenmissbrauch sollen die Erwartungen und Herausforderungen der neuen Zeit erfüllt werden. Wer in Beruf und Leistungssport perfekt sein will, kann sich keine Auszeiten und negative Stimmungslagen mehr erlauben, muss jederzeit funktionieren.

Anabolika werden für die Produktion eines Astralkörpers verwendet, *Ritalin* für Wachheit und Fitness, *Betablocker* gegen die Angst. *Schmerzmittel* werden besonders häufig eingenommen. Wenn z. B. bei der Handballweltmeisterschaft 2007 die Verwendung von *Diclophenac (Voltaren)* durch fast alle deutschen Spieler hoch gepriesen wurde, haben Spitzensportler einen negativen Vorbildcharakter. Wenn jugendliche Mittelstreckler bei einem Training 6 – 8 Aspirin schlucken, weil sie glauben, damit die Sauerstoffversorgung und die Schmerzresistenz erhöhen zu können, dann kann dies bei einem Sturz bereits Lebensgefahr mit sich bringen. Nach Meutgens sprach man bereits 1999 von über 300 Mitteln, Medikamenten und Drogen, die im Spitzensport erlaubt oder unerlaubt zum Einsatz kommen (Meutgens, Report 6/1999). Ein nicht unwesentlicher Teil wird in der Zwischenzeit auch im Breiten-, Freizeit- und Fitnesssport verwendet.

Schmerzmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind häufig für Erwachsene wie Jugendliche, für Eltern, Trainer, Betreuer und Ärzte selbstverständlich.

3 Vielleicht ist die Ursache einfach eine geringere körperliche Belastungsfähigkeit als früher, vor allem im Ausdauerbereich! Bewegung, Spiel und Sport als billigste und effektivste Heilmittel!

Nach Hans Geyer (Dopinglabor Köln) gibt es Sportarten, in denen 100 % der Athleten Schmerzmittel nehmen, vor allem im Gewichtheben, Fußball, Radsport und der Leichtathletik (www.cycling4Fans.de). Nebenwirkungen von Schmerzmitteln können etwa sein die Gefährdung des Magen-Darm-Trakt oder der Blutgefäße; das Risiko eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls kann steigen (www.cycling4Fans.de, Doping, Schmerzmittel). Bei Dopingkontrollen muss angegeben werden, was ein Athlet in den letzten 48 Stunden an nicht verbotenen Mitteln eingenommen hat; manchmal werden rund 30 Substanzen und Medikamente aufgeführt, eine völlige Überlastung für jeden Organismus!

Jeffrey Sallen (Universität Leipzig) befragte SchülerInnen der Klassenstufen 10 bis 12 an vier Eliteschulen des Sports. Über die Hälfte davon nimmt Medikamente ohne ärztliche Empfehlung, davon 39,4 % Schmerzmittel und 33,7 % „sonstige Medikamente“. Die Verwendung von Vitaminpräparaten (67,9%) und Mineralpräparaten (67,9%) ist weit verbreitet, aber auch die Nutzung von Einweißkonzentraten (31,7%) und Kreatin (15,8%); Sallen spricht von risikoreichen Konsummustern (Sallen, 2008, 299f.). Er kommt zum Fazit: „Die Verbreitung von Supplementen unter Jugendlichen im Nachwuchsleistungssport hat ein Ausmaß erreicht, das die bisherigen Befunde zur deutschen Allgemeinbevölkerung und zur Gruppe der Wettkampfsportler übertrifft. In Anbetracht der noch wenig gesicherten Ergebnisse über die Wirkung von Supplementen und des Expertenurteils, dass Leistungssportler nur in Ausnahmefällen einen medizinisch begründeten Bedarf an Nahrungsergänzungsmitteln haben (Schenk, 2001), signalisieren die vorliegenden Ergebnisse Handlungsbedarf. Zu erkennen ist auch, dass die „Selbstmedikation unter Jugendlichen etabliert ist“ (Sallen, 2008, 301).

Nahrungsergänzungsmittel (NEM)

Mit Nahrungsergänzungsmitteln wird versucht, den menschlichen Stoffwechsel mit bestimmten Nähr- und Wirkstoffen zu versorgen, die im Grenzbereich zwischen Arzneimitteln und Lebensmitteln einzuordnen sind. Typische Inhaltsstoffe sind: Mineralstoffe, Vitamine, Antioxidantien. Überdosierungen können schädlich sein. Zudem enthalten nach einer Studie des Instituts für Biochemie der Sporthochschule Köln ca. 15% der NEM Substanzen, die nicht auf der Packung angegeben sind, vorwiegend Anabolika, teilweise in so geringen Dosierungen (möglicherweise Verunreinigungen), dass sie zwar zu einer positiven Dopingprobe führen können, aber keine physische Wirkung haben.

Mit den NEM verbundene Versprechen treffen meist nicht zu, z.B. bei Vitamin C (Versprechen: steigert die Abwehr, schützt vor Krebs etc. – Gefahr: kann das Herz schädigen, zu Nierensteinen führen), Eisen (Versprechen: gegen Müdigkeit und Erschöpfung – Gefahr: kann Leber und Herz schädigen) oder Zink (Versprechen: stärkt das Immunsystem – Gefahr: begünstigt Bakterien und Pilze im Körper)⁴. In der häufig üblichen Überdosierung steigen die Risiken!

Bei der Entwicklung einer *Dopingmentalität* können Nahrungsergänzungsmittel (NEM) eine problematische Rolle spielen. Bei *nachgewiesenen Mangelerscheinungen* haben NEM einen Sinn, vor allem bei alten Menschen. Werden sie aber bei Kindern und Jugendlichen aus Angst vor Mangelzuständen oder zur Verbesserung des Immunsystems vorbeugend eingesetzt, können sie in mehrfacher Hinsicht fatale Wirkungen haben:

- Sie fördern die *Dopingmentalität* („ohne etwas Zusätzliches schaffe ich es nicht“).
- Sie verleiten den Organismus zur „*Bequemlichkeit*“, nämlich bestimmte Stoffe, die er selbst herstellen könnte, nun aber über NEM bekommt, nicht zu produzieren.
- Zusätzlich kann der Organismus selbst aus optimaler Ernährung bestimmte Stoffe nicht mehr verwerten, da ihn NEM daran hindern.

Die Werbung suggeriert die unterschwellige Botschaft: „Du musst etwas zusätzlich tun.“ Zumindest für Jugendliche steht gegen die Verwendung von NEM: Der Körper hat eine Abwehr- und eine Heilkraft; deshalb sollten außer im Krankheitsfall oder bei nachgewiesenen Mangelzuständen keine Mittel verwendet werden, die auch nur im geringsten die natürlichen Heilbestrebungen des Körpers hemmen oder stören können.

Präventionsmethodik

Bei einer Analyse zur Effektivität von Suchtpräventionsprogrammen (Bühler & Schmidt, 2007) hat sich herausgestellt, dass interaktive Unterrichtsmethoden (der Lehrende als Moderator – Arbeit mit Rollenspielen, Paararbeit, Kleingruppenarbeit) effektiv sind, non-interaktive Programme (Frontalunterricht, Vortrag – reine Informationsvermittlung) dagegen deutlich weniger. Kurzfristige Effekte lassen eine gute Prognose für langfristige Effektivität zu. Isolierte massenmediale Kampagnen haben wenig Erfolg. Das Konsumverhalten von Mädchen lässt sich stärker beeinflussen als von Jungen. Die Kombination von

4 Literatur: Udo Pollmer (2008). Pillen, Pulver, Powerstoffe. Die falschen Versprechen der Nahrungsergänzungsmittel.

Verhaltens- und Verhältnisprävention (z.B. Verknappung des Angebots, Erhöhung der Kosten) scheint am wirksamsten (Bühler & Schmidt, 2007, S. 112 ff.). Die „Verhaltenssteuernde Kraft struktureller Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung individuellen Verhaltens“ (Bühler & Schmidt, 2007, S. 123) darf nicht unterschätzt werden.

Die gute Nachricht für alle, die zur Prävention von Medikamentenmissbrauch und Doping bereit sind: Schon eine interaktiv angelegte Intervention von zwei Stunden kann eine erhebliche langfristige Wirkung bei Jugendlichen erzeugen (Laure, 2008, persönl. Mitteilung).

Aufgaben für DOSB, dsj und Landessportbünde

Verantwortliche im Jugend-, Freizeit- und Breitensport können oder dürfen sich nicht mehr wie vor 40-50 Jahren auf das Anregen von Bewegung, Spiel und Sport beschränken; ihre Aufgabe sollte auch darin bestehen, auf Gefahren und Risiken hinzuweisen sowie „Inhalte und Methoden zu vermitteln, die dabei helfen können, den Zustand des Wohlbefindens zu erlangen und zu erhalten, und zwar im physischen und psychischen wie auch im sozialen Bereich“ (Körzer & Steen, 2006, 136). Eine zusätzliche Aufgabe besteht demnach heute in folgenden vier Aufgabenfeldern:

1. **Bildung:** Jeder Sporttreibende sollte heute etwas zu diesem Zentralproblem des Sports (Alltagsdoping/Medikamentenmissbrauch/Doping) wissen, zusätzlich aber auch zu positiven Möglichkeiten der Beeinflussung der Leistungsfähigkeit wie gesunde Lebensführung (Ernährung, Schlaf, Entspannung usw.) und sinnvolles Training.
2. **Beratung:** Nicht wenige Sportvereine besitzen heute Fitnessstudios. In diesen sind Risiken und Gefahren deutlich ausgeprägt. Hier gilt es eine gesunde Einstellung zu Körpergefühl, Kraft und Ausdauer, aber auch zu optimaler Trainingssteuerung, ausreichender Regeneration und gesunder Lebensführung zu vermitteln.
3. **Aufsicht/Kontrolle:** Im Sport und Fitnessstudios verbreiten manche Sportlerinnen und Sportler Wissen und Ansichten, die nicht zur Orientierung (contra Medikamentenmissbrauch) passen, bis hin zur Empfehlung von Medikamenten oder auch zum Dealen. Wenn ein solches abweichendes Verhalten festgestellt wird, muss das Gespräch gesucht, im Extremfall Anzeige erstattet werden. Ein Ausschluss aus der Gruppe bzw. aus dem Fitnessstudio sollte möglich sein.

-
4. **Aus- und Weiterbildung:** Folgende zusätzliche Aufgaben fallen an: Verstärkte Berücksichtigung von Pädagogik und Intervention in der Übungsleiter- und Traineraus- und -weiterbildung, mit vier Schwerpunkten: 1. Wenn Erfolge ausbleiben, darf dies nicht zu einer Veränderung der Beziehungsebene führen. 2. Permanente Stärkung der Selbst- und Sozialkompetenz sowie Aufbau intrinsischer Motivation (Freude an der Handlung) (Wörz 2007, 13). 3. Wenn jemand mit seiner Leistungsfähigkeit an seine Grenzen stößt, dann darf er/sie nicht versuchen, diese Grenzen mit leistungssteigernden Mitteln hinauszuschieben! 4. Diskussion des Sinns von Sporttreiben: Primärer Sinn von Sport sind Wohlbefinden und Gesundheit, von Leistungssport das Erforschen der eigenen – natürlichen – Grenzen!

Für die Erhaltung der gesellschaftlichen und kulturellen Bedeutung des Sports!

Aufgabe des Sports – und zwar nicht nur des Spitzensports – ist es dafür zu sorgen, dass sinnvolles, am Menschen orientiertes Sporttreiben im Vordergrund steht. Der Sport ist heute einer der wichtigsten gesellschaftlichen Sozialisationsbereiche. Wer hier verantwortlich tätig ist, hat eine weit über den Sport hinaus gehende Aufgabe. Es ist geradezu tragisch, dass ausgerechnet der Bereich, der die physische und psychische Gesundheit anstrebt, in der Vergangenheit bei der Missbrauchsverbreitung eine höchst unrühmliche Rolle gespielt hat.

„Der Leistungssport muss besser sein als die Gesellschaft, denn im Sport sind die Regeln klar definiert. Allerdings erleben wir hier wie in allen Bereichen der Gesellschaft die zunehmende Bereitschaft, diese Regeln nicht einzuhalten.“

(Theo Rous, Ehrenpräsident des DLV)

„Wer Sport betreibt, hat sich den dort geltenden Regeln zu unterwerfen. Deshalb sind Regelverstöße im Sport besonders schlimm. Wenn diese Regeln aber beachtet werden, hat der Sport die große Chance, gesellschaftsverändernd zu wirken.“

(Herbert Fischer-Solms, Deutschlandfunk)

(bei einer Veranstaltung des Neusser Modells, 2. 6. 2008, Neuß-Grevenbroicher Zeitung, 4.6.08)

„Die beste Droge ist ein klarer Kopf“ (Herbert Hegenbarth, nach Frester 2007, 76)

Literatur

- Amler, W., Bernatzky, P. & Knörzer, W. (2006). *Integratives Mentaltraining im Sport*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Boos, C., Wulff, P., Kujath, P. & Bruch, H.-P. (1998). Medikamentenmissbrauch beim Freizeit-sportler im Fitnessbereich. *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (16), A 953-957.
- Bühler, A. & Schmidt, B. (2007). Zur Effektivität von Verhältnis- und Verhaltensprävention. In K. Mann et al. (Hrsg.), *Jugendliche und Suchtmittelkonsum*. Freiburg: Lambertus.
- Frester, P. (2007). Mentale Interventionen als Doping-Alternative. In: In T. Wörz, T. Schröder-Klementa, S. Kranawetter (Hrsg.), *Doping Aufklärung und Maßnahmen der Prävention. Schulen für Leistungssport im internationalen Vergleich* (S. 71-79). Lengerich: Pabst Publisher.
- Geipel, I. (2008). *No Limit. Wieviel Doping verträgt die Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Knörzer, W. & Steen, R. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung – Grundannahmen. In W. Knörzer, G. Spitzer & G. Treutlein (Hrsg.), *Dopingprävention in Europa - Grundlagen und Modelle, Erstes Internationales Fachgespräch 2005 in Heidelberg* (S. 133-140). Aachen: Meyer & Meyer.
- Laucht, M. (2007). Besondere Wirkungen des Substanzkonsums auf junge Menschen. In K. Mann, U. Havemann-Reinecke & R. Gaßmann (Hrsg.), *Jugendliche und Suchtmittelkonsum: Trends - Grundlagen – Maßnahmen* (S. 42-57). Freiburg: Lambertus.
- Laure, P. (2000). *Dopage et société*. Lonrai.
- Sallen, J. (2008). Selbstmedikation und Konsum von Supplementen im Nachwuchsleistungs-sport. Ein Problemfeld mit pädagogischer Relevanz. In V. Oesterheld, J. Hofmann, M. Schiman-ski, M. Scholz & H. Altenberger (Hrsg.), *Sportpädagogik im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen, wissenschaftlicher Ansprüche und empirischer Befunde* (S. 299-302). Hamburg: Czwalina.
- Schek, A. (2001). Nahrungsergänzungsmittel im Leistungssport: Notwendigkeit oder Marke-ting-Strategie? *Leistungssport*, 5, 10-21.
- Schneider, W. (2007). Cannabis: Gefahr für die Jugend? Eine drogenpolitische Reform ist überfällig. *Positionspapier des Landesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, Münster: akzept NRW e.V.
- Wörz, T. (2007). Doping und psychische Abhängigkeit. In T. Wörz, T. Schröder-Klementa & S. Kranawetter (Hrsg.), *Doping Aufklärung und Maßnahmen der Prävention. Schulen für Leis-tungssport im internationalen Vergleich* (S. 9-14). Lengerich: Pabst Publisher.

Mode, Lifestyle – und Gesundheit – Widerspruch oder Zukunftstrend?

Anne-Marie Grundmeier

Abstract

Modische Bekleidung war und ist Seismograph des Zeitgeschehens. Durch Bekleidungsmoden können wir unsere gesellschaftliche Zugehörigkeit signalisieren und den Eindruck über unsere Person steuern. Bis ins zwanzigste Jahrhundert hinein drückte die Bekleidung die unterschiedlichen Standeszugehörigkeiten aus, heute ist sie Ausdruck eines individuellen Lifestyles und einer bestimmten Lebensauffassung. Bekleidungsmoden zeigen, welche Grundausrichtung Menschen in ihrer Lebensführung haben. Da Schönheit in unserer Leistungs- und Konsumgesellschaft heute wichtiger ist denn je, kommt auch der Bekleidungsmode die Aufgabe zu, unsere äußerliche Attraktivität bestmöglich ins Blickfeld zu rücken. Für Schönheit bildet körperliche Gesundheit die wesentliche Voraussetzung. Bekleidung als Lifestyleelement soll uns daher nicht nur optisch attraktiv erscheinen lassen, sondern nach Möglichkeit unsere körperliche Gesundheit bewahren bzw. fördern. Der Schutz vor klimatischen Faktoren wie Sonneneinstrahlung, Kälte und Nässe wird durch Funktionstextilien gewährleistet. Bekleidung kann aber noch mehr für unsere Gesundheit tun: Mit so genannten Kosmeto- und Medizintextilien können wir unsere Haut pflegen bis hin zur dermatologischen Prävention oder gar Therapie von Hautkrankheiten. Somit kann unsere zweite Haut „Bekleidung“ sowohl die Gesundheit unterstützen als auch die körperlichen Vorzüge ins rechte Licht rücken – ganz im Sinne des aktuellen Lifestyles, der auf Vitalität und Gesundheit basiert.

Einleitung

Prominente wie Brad Pitt und Angelina Jolie nutzen die Macht der Medien für sich, ihre perfekte körperliche Inszenierung publikumswirksam zu vermarkten. Aber der mediale „Stylewatch“ macht nicht einmal vor der deutschen Bundeskanzlerin Halt: Frisur, Make-up, Ausschnitt und Kleid werden analysiert und bewertet. Modische Stilsicherheit wird demnach von allen erwartet, die in der Öffentlichkeit auftreten, aber stellt auch für weniger prominente Berufstätige eine tägliche Herausforderung dar und wird Privatpersonen abverlangt. Nicht nur unser modischer Auftritt, sondern unsere gesamte Lebensführung wird unter Lifestylegesichtspunkten kritisch hinterfragt. Für die erfolgreiche Zusammenführung von Mode, Lifestyle und Gesundheit gab und gibt es berühmte Vorbilder. So schaffte es bereits Coco Chanel Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts, einen bewegungs- und körperfreundlichen Modestil für Frauen zu etablieren, den man in den französischen Badeorten genauso gut tragen konnte wie später im Büro. Für ihren eigenen extravaganten Lebensstil eignete sie sich männlich dominierte Sportarten wie das Angeln und Reiten an und krempelte dafür die überladene Frauenkleidung der Jahrhundertwende in eine sportliche Mode um. Willy Bogner, selbst ein berühmter Skirennfahrer und Filmemacher, gelang es, die von seinen Eltern gegründete Modemarke Bogner zu einer Lifestylemarke auszubauen, die nicht nur Sport- und Freizeitbekleidung, sondern auch andere Lifestyleprodukte mit sportlich-vitalem Image vermarktet. Heute zählt Bogner zu den führenden Anbietern auf dem Markt der Sportmode und funktionellen Sportbekleidung.

Unaufhaltsam hat in den letzten Jahren der Sport die Mode beeinflusst und vom Sport mit seinem Emotionspotenzial inspirierte Mode hat Einzug in unseren Alltag gehalten. Für den belgischen Modedesigner Dirk Bikkembergs ist die Zukunft der Mode sportlich, denn Sport im Allgemeinen und Fußball im Besonderen stehen seiner Meinung nach für eine positive Lebenshaltung. So lud er als erster Designer zu einer Modenschau in einem Fußballstadion ein und erwarb sogar einen Fußballclub. In seinen Kollektionen dreht sich fast alles um das Thema Sport-Look, Fußball und Funktion. Der Sport ist bei ihm Inspirationsquelle für die Mode, so wie die Wirkung des Sports ungebrochen seit einigen Jahren auf die Modeindustrie ist¹. Sportler setzen anhaltende Trends und werden als Stilikonen gefeiert – Sport stylt. Yohji Yamamoto und Stella McCartney für Adidas, Alexander McQueen und Yasuhiro Miraha für Puma – bekannte Sportstylemarken kooperieren immer öfter mit den besten

1 Website des Modelabels und Modedesigners Dirk Bikkembergs: <http://www.bikkembergs.com/> (Zugriff am 01.04.2009)

Designern der Welt, um exklusive Sportsfashion auf den Markt zu bringen. Die Adidas Group, einst klassischer Sportartikelanbieter, ist seit mehreren Jahren unangefochtener Spitzenreiter der europäischen Bekleidungslieferanten. Auch die ehemalige Sportartikelmesse Ispo in München hat sich inzwischen zu einer Lifestylemesse entwickelt. Um auf der Skipiste oder im Sportstudio eine gute Figur zu machen, reicht sportliches Können allein nicht mehr aus: Es zählt das richtige Outfit, das funktionell und modisch schrill oder auch klassisch zurückhaltend sein sollte. Vor allem Jugendliche, aber auch immer mehr ältere Konsumenten bedienen sich einer wachsenden Zahl an Funktionsmaterialien und modischen Styles.

Es kristallisieren sich vor allem drei Trends heraus, die Mode, Lifestyle und Gesundheit zukunftsorientiert miteinander kombinieren. Zum einen sind es Funktionstextilien, in der Outdoortextilien unter Gesundheitsaspekten eine besondere Rolle spielen, da sie den Menschen bei sportlicher Betätigung in der Natur vor Umwelteinflüssen schützen. Der zweite Trend beruht auf der Integration von Mikroelektronik in Bekleidung, dafür haben sich Begriffe wie *Intelligente Textilien*, *Smart Clothes* oder *i-Wear* etabliert. Ein ganz anderer Bereich, der sich auf Gesundheit, Wellness und Hygiene konzentriert, sind die Biofunktionstextilien, die als Kosmeto- und Medizintextilien auf den Markt kommen.

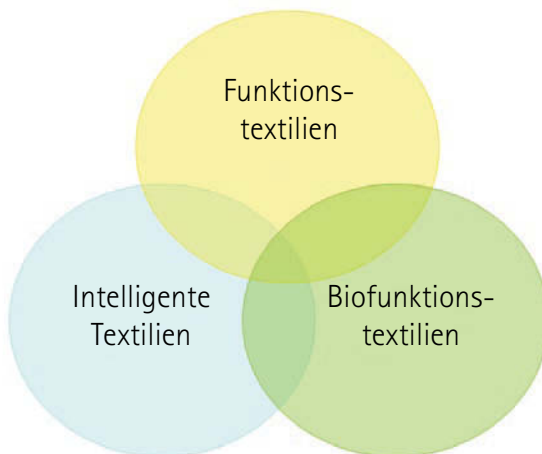


Abb. 1: Trends von Mode, Lifestyle und Gesundheit

Funktionstextilien

Textilien und Bekleidung erfüllen unser Grundbedürfnis nach Schutz vor klimatischen Witterungseinflüssen wie Kälte, Nässe, Wind und Sonne. Zwischen Haut und Bekleidung befindet sich eine sehr dünne Luftschicht, Mikroklima genannt, die uns bei jeder Bewegung umgibt. Am wohlsten fühlen wir uns bei einem Mikroklima von rund 32° C und einer relativen Feuchtigkeit von weniger als 30 %. Bereits geringste Änderungen werden vom Menschen wahrgenommen und können dazu führen, dass wir uns unwohl fühlen.

Entscheidend für unser Wohlbefinden ist die Wärmebilanz des menschlichen Körpers. Bekleidung muss den Menschen vor äußeren Klimaeinflüssen schützen und seine körpereigene Thermoregulation unter wechselnden Klima- und Tätigkeitsbedingungen in der Weise unterstützen, dass Wärme- und Feuchtehaushalt des Körpers ausgeglichen sind und ein hautnahes „Mikroklima“ entsteht, das als angenehm empfunden wird. Die Wissenschaftsdisziplin der Bekleidungsphysiologie beschäftigt sich mit der Funktion der Bekleidung. Der Tragekomfort von Textilien und Bekleidung kann objektiv gemessen und in quantitativen Maßzahlen ausgedrückt werden. Darüber hinaus kann für eine bestimmte Kleidung ihr thermischer Verwendungsbereich ermittelt werden, ausgedrückt in den Temperaturgrenzen, bei denen der Träger bei einer bestimmten Tätigkeit gerade noch nicht friert bzw. gerade noch nicht so stark schwitzt, dass er physiologisch überlastet ist. Tragekomfort ist deshalb messbar, weil er in überwiegendem Maße nicht ein rein individuelles und damit sehr unterschiedliches Empfinden darstellt, sondern vielmehr die direkte Folge der Wechselwirkung Körper, Klima und Bekleidung ist.

Die Abteilung Bekleidungsphysiologie der Hohenstein Institute, eines der weltweit führenden Textilforschungsinstitute mit Sitz bei Stuttgart², führte im Jahr 2006 im Auftrag des SWR eine vergleichende Untersuchung zwischen der Leder- und Fellbekleidung des Jungsteinzeitmenschen „Ötzi“ und aktueller Funktionsbekleidung durch. Die Forschergruppe unter Leitung von Prof. Umbach fand heraus, dass unter den nachgestellten klimatischen Bedingungen der Jagd in der Altsteinzeit bei 5° C und 50 % relativer Luftfeuchte ein heutiger Bekleidungsträger im Jagdoutfit des Jungsteinzeitmenschen nach 45 Minuten körperlich übermäßig belastet sein würde. In heutiger Outdoorbekleidung dagegen würde er die Grenze der Überbelastung nicht erreichen. Zwischen diesen beiden Performance Outfits liegen etwa 5300 Jahre und damit auch eine lange Entwicklungszeit von Textilien und Bekleidung (Forschungsinstitut Hohenstein, 2007).

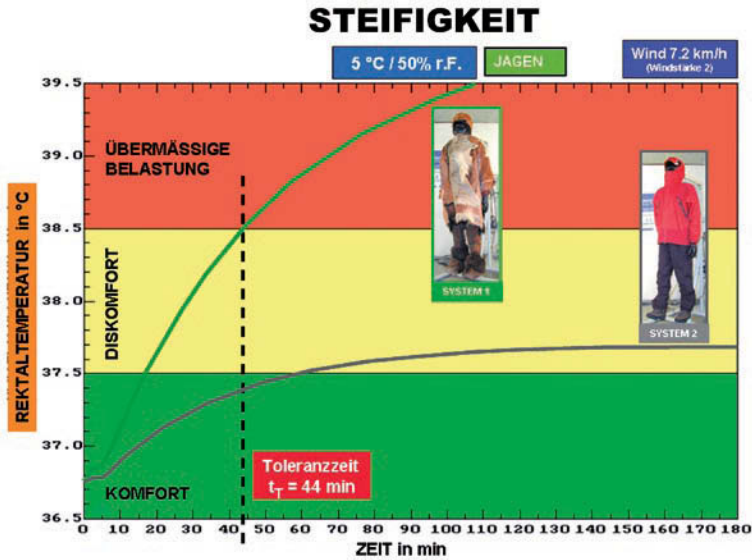


Abb. 2: Leistungsfähigkeit der Funktionsbekleidung früher und heute,
Quelle: Hohenstein Institute

Bis weit in das zwanzigste Jahrhundert hinein hatten die Menschen nahezu ausschließlich Naturfasern, Leder und Pelze zur Verfügung, um sich zu bekleiden. Die Entwicklung von Chemiefasern, vor allem der Synthefasern, die in den vierziger Jahren in Deutschland auf den Markt kamen, leitete eine Revolution ein. Sie ergänzen nicht nur das Naturfaserangebot mengenmäßig, sondern erweitern das Eigenschaftsprofil. Heutzutage haben sich bei den Funktionstextilien vor allem Synthefasern wie Polyester, Polyamid und Elastan etabliert, die je nach Verwendungsbereich chemisch und spinn technologisch modifiziert werden.

In der Abteilung Bekleidungsphysiologie der Hohenstein Institute werden zur quantitativen Ermittlung der Trageeigenschaften von Kleidungssystemen wie beispielsweise der Arbeits- und Berufsbekleidung biophysikalische Messapparaturen entwickelt, um Konstruktionsrichtlinien für Textilien und Bekleidungssysteme aufzustellen. Ziel ist es, Bekleidung zu entwickeln, die dem Träger einen guten Tragekomfort vermittelt und die physiologische Belastung beim Sport und am Arbeitsplatz minimiert. Messungen an Textilien als Flä-

chengebilde werden durch Untersuchungen am kompletten Kleidungssystem mit einem lebensgroßen Thermoregulationssystem des Menschen, der Gliederpuppe „Charlie“, ergänzt. Diese besteht aus einem motorisch beweglichen Kupferkörper mit im Körperinneren verlegten computergesteuerten Heizleitungen, mittels der ihr Körper- und Hauttemperaturen des Menschen vermittelt werden. Sie befindet sich in einer Kammer, in der unterschiedlichste Klimasituationen eingestellt werden können. Mit der Gliederpuppe lässt sich unmittelbar die effektive Wärmeisolation eines kompletten, aus Unter- und Oberbekleidung bestehenden Kleidungssystems ermitteln (Umbach, 2003). Darüber hinaus ist dies zusammen mit den Ergebnissen von Hautmodell-Messungen auch für dessen effektives Feuchtetransportvermögen möglich. Einflüsse von Konvektion und Ventilation, das heißt von Luftumwälzung und Luftaustausch mit der Umgebungsluft, sind mit der Gliederpuppe quantitativ erfassbar. Auch die Schnittgestaltung und Passform wirken sich auf das Mikroklima des Bekleidungsträgers aus. Diese bekleidungsspezifischen Kenngrößen werden wiederum in Vorhersagerechnungen eingesetzt, die per Computer den klimatischen Verwendungsbereich der Kleidung ergeben, in dem der Mensch mit ihr bei einer bestimmten Tätigkeit einerseits noch nicht friert bzw. andererseits noch nicht unzumutbar stark schwitzt.



Erst seit 2008 gibt es die thermische Gliederpuppe Charlene aus Kunststoff mit den Maßen eines Kleinkindes. Wie beim „erwachsenen Pendant“, der Kupferdrahtpuppe Charlie, wird die Wärmeproduktion des menschlichen Körpers mit Hilfe eines computergesteuerten Heizsystems nachgestellt. Mit einem Gewicht von 20 kg auf 92 cm Körperhöhe kann Charlene deutlich weniger Körperwärme erzeugen als der rund 75 kg schwere und 175 große Charlie (Hohenstein Institute, 2008). So kann nachgewiesen werden, dass bei Kindern die Fähigkeit zur Thermoregulation noch nicht voll ausgebildet ist und der kindliche Körper nicht oder nur verzögert auf sich verändernde Umgebungstemperaturen reagiert. Außerdem sind bei Kindern noch nicht alle Schweißdrüsen aktiv,

womit die Gefahr des Auskühlens, aber auch der Überhitzung des Körpers ungleich höher ist als beim erwachsenen Menschen.

In den achtziger Jahren etablierte sich die so genannte WWA-Bekleidung als **w**asserdichte, **w**inddichte und **a**tmungsaktive Wetterschutzbekleidung. Hydrophob ausgerüstete Mikrofaserewebe, mikroporöse Beschichtungen und Membrantechnologien wie Gore-Tex® und Sympatex® haben dazu geführt, dass wir selbst unter widrigsten Wetterumständen in unserer Bekleidung vor Nässe geschützt sind und trotzdem die körpereigene Feuchtigkeit nach außen geleitet wird (Umbach, 2000). Dafür hat sich der Begriff „Atmungsaktivität“ entwickelt, welcher eigentlich die Feuchtetransportfähigkeit bzw. die Wasserdampfdurchlässigkeit textiler Materialien von den hautnahen Schichten nach außen bezeichnet (Knecht, 2009). In den neunziger Jahren kam die Idee auf, anstelle einer passiven Wärmeisolation, die man bis heute durch Fleece und andere voluminöse Textilien erreicht, Textilien mit einer aktiven Wärmeisolation zu versehen. So genannte Phase Change Materials, stabile, mikroskopisch kleine Mikroapseln mit eingelagerten Paraffinen, sollen die Bekleidungsträger aktiv vor Kälte, aber auch Überhitzung schützen. Die paraffinähnlichen Substanzen, die in den Mikroapseln integriert sind, sollen durch Änderung ihres Aggregatzustandes überschüssige Körperwärme aufnehmen, diese speichern und nach Bedarf wieder an den Körper abgeben. Indem Temperaturspitzen reduziert werden, friert bzw. schwitzt der Bekleidungsträger weniger. Seit 2008 werden die Outlast®-Mikroapseln mittels des neu entwickelten Produktionsverfahrens Matrix Infusion Coating, einem Druckverfahren, auf textile Oberflächen wie beispielsweise Baumwolle und Polyester aufgebracht und ansonsten in Polyacryl- und Viskosefasern eingesponnen.³

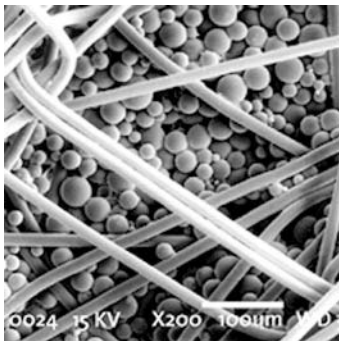


Abb. 4: Mikroapseln auf Textilien,
Foto: Outlast

3 Website der Outlast Europe GmbH: <http://www.outlast.com>.

Funktionstextilien und funktionelle Bekleidungssysteme werden ständig weiter optimiert und entwickeln sich mehr und mehr zu einer funktionalisierten zweiten Haut:

Bei nahezu jedem Wetter ist Lisa über ein bis zwei Stunden nordisch walkend unterwegs. Die Schulterpartie ihrer Jacke hat den Nanotechnologie-Wetterschutz, denn hier prasselt die höchste Regenmenge auf die Bekleidung. Der bielastische Achseleinsatz mit Feuchteleitausrüstung über die Seitenteile und die Schulterpartien gibt Bewegungsfreiheit und unterstützt ihre Leistungsfähigkeit durch Feuchtetransport und -pufferung. Das antibakterielle Material unter den Achseln reduziert die schweißbedingte Geruchsbildung. Brust und Rumpf sind durch winddichtes Material vor Kälte geschützt. Das verlängerte Rückenteil mit Membrantechnologie kombiniert Nässe- und Windschutz mit Atmungsaktivität. Verstärkungen an den Ellenbogen schützen vor mechanischem Kontakt. Die Jacke ist weich und leicht. Sie bietet an jeder Stelle die richtige Funktionalität und sieht trotzdem wie aus einem Guss aus, denn das Obermaterial weist trotz unterschiedlicher Funktionen den gleichen Look auf. Eine solche Jacke, wie sie Lisa trägt, wurde nach dem Hybridkonzept konzipiert. Bei großer Funktionsvielfalt unter Einsatz unterschiedlicher Materialien kann eine Hybridjacke einen einheitlichen Look haben, das heißt weder in der Struktur noch im Dessin zeigt die Außenseite einen Unterschied. Denn die für das Bekleidungsdesign zusammengestellten Materialien können in einheitlichen Farben und Dessins veredelt werden, so dass der funktionale Materialmix optisch nicht in Erscheinung tritt. Es ist aber auch möglich, dass dieser mit unterschiedlichen Obermaterialien, Strukturen, Optiken und Farben betont wird. Die Hybrid-Konfektion ist gewissermaßen eine maßgeschneiderte Bekleidungsphysiologie, die aktuell die Entwicklung der Outdoorkollektionen bestimmt.



Abb. 5: Produktbeispiel für Hybridjacke des Schweizer Outdoorausrüsters Mammut, Foto: Mammut

Intelligente Textilien

Die Elektronik durchdringt mehr und mehr unsere Alltagswelt und hat längst das Segment Textil und Bekleidung erreicht. Seit der Jahrtausendwende werden so genannte *Intelligente Textilien*, *Smart Clothes*, auch *i-Wear* genannt, verstärkt von den Medien wahrgenommen und wecken das Interesse der Öffentlichkeit. Hinsichtlich der Funktionalisierung unserer zweiten Haut sollen diese Ideen noch einen Schritt weitergehen, indem sich die Bekleidung nicht nur einem bestimmten Verwendungszweck anpasst, sondern als System auf Umweltveränderungen oder externe Impulse reagiert. Dies soll mittels elektronischer und mikrosystemtechnischer Komponenten erfolgen, die unauffällig und flexibel in Textilien und Bekleidungssysteme integriert werden. Angefangen hat die Entwicklung mit einer Adaption mobiler Endgeräte in Bekleidung bis zur Integration, bei der die Komponenten mit dem Textil fest verbunden und zum integralen Bestandteil der Textilien werden (Mecheels, et al., 2004). Die Adaption von Elektronik in Bekleidung ist weit voran geschritten: Taschenlösungen für Mobiltelefone und MP3-Player, Kabelöffnungen und -führungen finden sich in einer ganzen Reihe von Bekleidungsartikeln. Darüber hinaus soll die Integration von Elektronik neue Nutzungsfunktionen der Bekleidung eröffnen, die sich nicht nur auf rein kommerzielle Anwendungen beschränken.

Ausgehend von industrietechnischen Anwendungen in der Raumfahrt und dem Militär hat eine Ausweitung vor allem in die Bereiche Sport und Freizeit statt gefunden. Bei dieser sportlichen Funktionsbekleidung haben wir es mit der ersten Generation intelligenter Bekleidung zu tun, der Integration von Mikrocomputern in Textilien. Für diese Art Kombination von Bekleidung und Minicomputern hat sich die Bezeichnung *Wearable Electronics* etabliert. Dafür werden elektronische Komponenten, Sensoren, Prozessoren und Aktuatoren, in funktionellen Jacken und Westen sowie Accessoires wie beispielsweise Rucksäcken verteilt. Die Komponenten müssen miteinander verbunden und es muss die nötige Energieversorgung gewährleistet sein. Teilweise werden die elektronischen Komponenten miniaturisiert, hinsichtlich der Stromversorgung optimiert und über textilintegrierte Signal- und Versorgungsleitungen vernetzt. Der Vorteil dieser textilintegrierten Gesamtsysteme besteht im Vergleich zu Standalone-Lösungen vor allem in der Gewichtseinsparung um bis zu 30 Prozent, der leichteren Bedienbarkeit sowie dem Schutz der Elektronikkomponenten durch die textile Hülle⁴. Durch die Implementierung von elektronischen Komponenten dürfen die Trageeigenschaften der Bekleidung

4 Website der Interactive Wear AG, <www.interactive-wear.de/cms/front_content.php?idcat=24> (Zugriff am 01.04.2009).

nicht negativ beeinflusst werden und die Pflegbarkeit, ob Wäsche oder chemische Reinigung, muss erhalten bleiben.

Einer der ersten Anbieter solcher Anwendungen für eine jugendliche outdoor- und musikbegeisterte Klientel sind die Boardsportausrüster Burton und O'Neill. Letzterer entwickelte gemeinsam mit der Interactive Wear AG als Technologiepartner der Bekleidungsindustrie einen Multimedia-Rucksack mit Video- und i-Pod-Fernsteuerung sowie Bluetooth Headset, welcher dem Snowboarder Videoaufnahmen während des Fahrens ermöglicht. In der aktuellen Generation von Wearable Jackets werden Handsfree-/Bluetooth-Telefone, i-Pods sowie GPS-Systeme integriert. Auf diese Weise können Snowboarder nicht nur ihre eigenen Stunts aufnehmen, sie können sich ausgewählte Routen und Points of Interest auf ihr Display laden. Auch führende Modemarkenhersteller wie das italienische Label Ermenegildo Zegna setzen auf interaktive Bekleidung. In der Produktlinie Zegna Sport kam zum Sommer 2007 erstmalig eine Sportjacke mit Solarmodulen im Neoprenkragen der Jacke auf den Markt. Diese Solarmodule leiten die in Strom umgewandelte Sonnenenergie durch leitfähige textile Kabel in eine Pufferbatterie zur Zwischenspeicherung oder geben sie direkt an ein angeschlossenes Gerät wie beispielsweise ein Mobiltelefon ab. Auf diese Weise wird die Energieversorgung als kritische Komponente der interaktiven Bekleidung gelöst (Wilson, 2007). Weitere



Abb. 6: Zegna-Sportjacke mit Solarmodulen im Kragen,
Foto: Interactive Wear AG

Entwicklungen sind intelligente Heizsysteme in Bekleidung und Accessoires wie Skihandschuhen sowie textilintegrierte LED-Lichtapplikationen für mehr Sichtbarkeit und dadurch bedingt mehr Sicherheit bei Warn-, Schutz- und Sportbekleidung.

Kommerzielle Anwendungen weiten sich im Zuge der Popularität von MP3-Playern und i-Pods immer mehr aus und *Wearable Electronics* haben längst Einzug gehalten in die Bereiche Arbeitsschutz und Gesundheitstechnik. Hier geht es vor allem um die Sicherheit des Bekleidungsträgers wie beispielsweise bei integrierten Freisprechanlagen, die einem Bauarbeiter auf einem Gerüst eine sichere mobile Kommunikation ermöglichen. Im Medizinbereich arbeitet man an Lösungen für die komfortable Überwachung von Vitalparametern bei Risikopatienten. Ein erprobtes Beispiel dafür ist die mobile Patientenüberwachung mittels Remote Patient Monitoring (RPM) des VivoMetrics® LifeShirt® Systems, welches in den USA vermarktet wird und für den europäischen Markt zugelassen ist⁵.

Das 1999 gegründete Unternehmen VivoMetrics® mit Sitz in Kalifornien erstellt ambulante Monitoringsysteme zur fortlaufenden Analyse, Aufzeichnung und Sammlung von physiologischen Daten. Mit dem LifeShirt® System können Ärzte und Forscher Körperfunktionen mit Laborqualität von Patienten sammeln, die unter realen Bedingungen leben und arbeiten. Lebenserhaltende Funktionen wie Atem- und Herzfrequenz, Körperposition, Aktivitätslevel und Hauttemperatur werden kontinuierlich mittels eines elektronischen Tagebuchs erfasst. Gemäß Herstellerangaben können mehr als 30 Herz-Lungen-Parameter gemessen werden. Zentrale textile Komponente dieses Systems ist ein maschinenwaschbares Shirt mit integrierter induktiver Plethysmographie, einem Verfahren zur Messung der Volumenzunahme, das bei Lungen- oder Venenfunktionstests Verwendung findet. Dieses System wird vor allem in der biopharmazeutischen Forschung und in Schlaflaboren eingesetzt, kann Patienten aber auch zuhause überwachen (Mechels, 2004). Tragbare Monitoringsysteme zur Gesundheitsüberwachung und Abnahme von Vitalparametern verfügen über Sensoren, die heute in die Textilien eingewoben oder gestrickt werden und damit direkt auf der Haut zu tragen sind (Anonym, Textile Outlook Int., 2008).

Am Beispiel einiger ausgewählter technischer Entwicklungen wird deutlich, dass sich unsere Bekleidung mittels elektronischer Komponenten zu einer funktionalisierten zweiten Haut entwickelt, die vermittelnd zwischen körperli-

5 Website des Unternehmens VivoMetrics®, 2009: <http://www.vivometrics.com/> (Zugriff am 01.04.2009).

chem Befinden, Aktivitäten und der Umwelt fungiert. Bei der Kombination von Mikrosystemelektronik und Bekleidung muss sicher gestellt sein, dass durch die tragbaren Computer und wohlmöglich durch die in textilen Flächen geleiteten Stromkreise keine elektromagnetischen Felder aufgebaut werden, die unserer Gesundheit schaden können. Um eine relevante Nachfrage zu etablieren, muss die Anwendung der entwickelten Technologien für die Verbraucher klar ersichtlich sein. Im Sinne einer präventiven Medizin kann sich die Mikroelektronik als integraler Bestandteil von Medizintextilien weiter etablieren.

Biofunktionstextilien

Innovative Textilien für eine verbesserte Hautpflege, mit Vitaminen ausgerüstete Textilien, die Haut und Gesundheit schützen, oder auch Textilprodukte mit vitalisierenden Agenzien, die einen Beitrag zu mehr Wellness und Fitness leisten, sind derzeit in der Entwicklung und werden zunehmend auf den Markt gebracht. Diese so genannten Kosmeto- und Medizintextilien sind mit einer kosmetischen oder medizinischen Beladung versehen, die auf den Träger abgegeben wird und spürbar wirken soll. Manche Textilien sollen über die Hautpflege hinausgehend sogar erkrankte Hautpartien heilen. Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Wirkung von silberhaltigen Textilien, die zum Beispiel bei Neurodermitis eingesetzt wird.

Neurodermitis, auch atopische Dermatitis genannt, ist eine charakteristische juckende rezidivierende Hauterkrankung, bei der Ekzeme an Ellenbeugen, Kniekehlen, Gesicht und weiteren Regionen der Haut auftreten können. Die äußerlichen Hautveränderungen sind mit starkem Juckreiz verbunden, was zu ständigem Kratzen führt. Ewa 2,5 Millionen Menschen in Deutschland sind an Neurodermitis erkrankt. Unter Kindern und Jugendlichen sind etwa 10 Prozent betroffen, und ihre Zahl soll weiter zunehmen (Neurodermitis und Schwangerschaft, 2008).

Neurodermitiker leiden an einem immunologischen Defekt, der dazu führt, dass Keime und Bakterien die Haut besiedeln können. Silber wirkt antibakteriell und antimykotisch. Trägt der Patient Textilien, in die Silber eingearbeitet wurde, werden die stark vermehrten Keime auf der Haut, Bakterien wie Staphylokokken und Streptokokken, der Herpes-Simplex-Virus und Pilze, erheblich reduziert. Die freigesetzten Silberionen reagieren mit dem Protein des Krankheitskeims, was zu seiner Abtötung führt. Durch diese ständige Eigensterilisation wird der Juckreiz eingedämmt und die Haut kann in Ruhe und ohne Zusatzinfektionen abheilen. Auch bei Schuppenflechte und anderen chronischen Hauterkrankungen, unter denen zunehmend mehr Menschen und insbesondere

Kinder leiden, können Textilien mit Silberionen oder silberummantelten Fasern helfen. Antimikrobiell aktive Textilien werden vor allem angeboten als Unterwäsche, Nachtwäsche, Bettwäsche und Babybekleidung und sind im gesamten Bereich textilen Hygienemanagements zu finden, vor allem als antimikrobielle Bereichskleidung zur Infektionsprävention in Krankenhäusern (Höfer, 2005).



Abb. 7: Neurodermitis-Kinderschlafanzug, Foto: Delius GmbH Sparte Medizin

Der Wirkstofftransfer von textilen Strukturen auf und in die Haut soll mit Mikrokapsel- und Käfigsystemen sowie Hohlfasern als Depotstrukturen erreicht werden. Mikrokapseln nehmen bei diesen so genannten Drug-Delivery-Systemen zum Transfer von Wirkstoffen aus Textilien auf und in die Haut eine Schlüsselfunktion ein. Dabei sind Kontinuität und Steuerbarkeit der Wirkstoffabgabe wichtige Kriterien für die praktische Nutzbarkeit der damit ausgerüsteten textilen Materialien.



Abb. 8: Mikrokapsel unter dem Elektronenmikroskop, Foto: Hohenstein Institute

Unter den Käfigmolekülen spielen Cyclodextrine eine wesentliche Rolle. Es sind ringförmige Zuckermoleküle, die beim Stärkeabbau mit Hilfe von Enzymen gewonnen werden und aus sechs bis acht Glucoseeinheiten bestehen. Diese biologisch abbaubaren, ungiftigen Makromoleküle können auf Natur- und Chemiefasern verankert werden. Als Käfigmoleküle haben Cyclodextrine eine zylindrische Struktur. Die polaren OH-Gruppen der einzelnen Glucosebausteine liegen auf der Außenseite des Zylinders, womit diese hydrophile Eigenschaften besitzt. Der innen befindliche Hohlraum ist dagegen unpolar, also hydrophob, und kann Substanzen aufnehmen, die eine Abneigung gegen Wasser haben. Die hydrophoben Substanzen werden freigesetzt, wenn sie von Wassermolekülen verdrängt werden. Auch der Transfer von Vitamin E vom Textil auf die Haut konnte mittels eines Hautmodells nachgewiesen werden. Vitamin E, α -Tocopherol, gehört zur Gruppe der fettlöslichen Vitamine und kommt in der Natur in vielen Pflanzenölen vor. Im Kosmetikbereich wird es als Antioxidans und Wirkstoff unter anderem wegen seines Feuchtigkeitsbindungsvermögens zur Pflege von trockener Haut eingesetzt. Als fettlöslicher Körper ist es zur Komplexierung mit Cyclodextrinen geradezu prädestiniert und eignet sich in dieser Art Verpackung für Wellness-Ausrüstungen auf hautnah getragenen Textilien (Zyschka, et al., 2004).

Cyclodextrine sind bisher nur mit Einschränkungen auf Textilien applizierbar. Ihr Effektvermögen ist zwar inzwischen bestätigt, aber die dauerhafte Fixierung auf Textilien stellt bis jetzt eine Herausforderung an die Industrie dar. Die Komplexierung durch Cyclodextrine wird wissenschaftlich weiter erforscht, sie werden aber bereits seit einiger Zeit wie silberhaltige Textilien zur Geruchsabsorption vermarktet. Antimikrobielle Textilien mit „Frischeeffekt“ sollen Körperschweiß aufnehmen, die den Schweißgeruch verursachenden Hautkeime vermindern und die Geruchsbildung reduzieren (Höfer, et al., 2008). Während die Cyclodextrine eingelagerte Parfums abgeben, können sie gleichzeitig Schweiß einschließen, bevor er seinen unangenehmen Geruch verbreitet. Bei der nächsten Wäsche werden die Depots entleert und lassen sich wieder auffüllen. Auch die antimikrobielle Wirkung von Silber hemmt die bakterienbedingte Geruchsbildung. Silberionen auf dem Textil sollen weitaus effizienter als andere antimikrobiell wirksame Technologien sein, zudem kann die negative Beeinflussung der Hautflora ausgeschlossen werden (Müller, et al., 2008).

Eine weitere Modifizierungsstrategie für textile Oberflächen besteht darin, funktionalisierte Biomoleküle wie Chitosan permanent auf Polymeroberflächen zu fixieren. Mit Chitin liefern die Panzer von Krustentieren ebenfalls einen natürlichen Rohstoff mit antibakterieller Wirkung. In der entacetylier-

ten Form Chitosan ist er bereits verbreitet. Gemäß zahlreichen Forschungen hemmt Chitosan die Bakterienbildung und verhindert Entzündungen. Zugleich speichert es Feuchtigkeit und bindet Proteine, Eiweiße, Fette und Gerüche. Chitosan ist biologisch abbaubar, nicht toxisch und nach Cellulose der zweithäufigste, natürlich nachwachsende Rohstoff der Welt. Die antimikrobielle Wirkung von Chitosan und die der damit ausgerüsteten Textilien kann bestimmt werden beispielsweise mit der Methode der Laser-Nephelometrie. Der Aufbau funktionalisierter Schichten, sogar in Mehrschichtanordnung auf Werkstoffen, erscheint möglich, wobei auch die Biokompatibilität des Materials erhalten bleiben soll (Schollmeyer et al., 2006). Bei Chitosan-Mikrokapseln mit einer Füllung aus Vitamin E, aufgebracht auf Textilien mittels Bindersystemen, konnte ein ausreichender Wirkstofftransfer auf die Haut nachgewiesen werden (Höfer, 2008).

Auch Ausrüstungen für die Herstellung von medizinischen Textilien stellen einen wachsenden Markt dar. Dies trifft vor allem auf das Gebiet der Herstellung von transdermalen therapeutischen Systemen sowie für nanoskalige Rohstoffe mit Funktion, aber auch für technische Lamine für OP-Tischauflagen und -Bekleidung zu. Der Einsatz textiler Produkte für medizinische Anwendungen nimmt stetig zu. Standardprodukte sind heute schon TDS's (Transdermale Systeme) wie selbstklebende Pflaster, Wundauflagen und Kompressionen, Bandagen, Kollagenprodukte, silikonisierte Inlets, Operationstextilien, aber auch Gelantine Mintstripes mit aktiven Medikamenten. Mögliche und geforderte Eigenschaften sind beispielsweise Hydrophobie, Hydrophilie, Alkohol- und Wasserabweisung, medizinische Applikation und Nanoporosität. Transdermale Systeme beruhen auf der Applikation dünner Schichten auf textile Träger durch Beschichtungen. Sie werden auf die Haut aufgebracht und liefern kontinuierlich das Medikament über die Haut an den Organismus. Die Dosierung der Wirkstoffe ist dadurch gezielter und in kleineren Mengen über einen längeren Zeitraum – bis zu einer Woche und länger – möglich. Der Wirkstoff tritt über die Haut direkt in den Blutkreislauf ein (Glawe, 2006). Die zentrale Veränderung im Umgang mit Gesundheit lässt sich an Textilien aufzeigen, indem vor allem präventive Medizintextilien wie Kompressionsstrümpfe im Trend liegen.

Fazit

Textilien und Bekleidung sind stetiger Innovation unterworfen. Mehr und mehr gehen Design und Funktion in der Bekleidung eine Symbiose ein. Tragekomfort wird in jeder Situation – ob körperliche Belastungs- oder Ruhephase, ob beim Sport oder im Büro – erwartet. Im Trend liegen innovative Textilien mit noch mehr funktionellen Eigenschaften, bei denen Sicherheit eine wesentliche Rolle spielt wie bei der Jacke mit integrierten Protektoren oder dem Schutzhelm aus Faserverbundstoffen. Der Wunsch nach Wohlbefinden in Bekleidung dominiert diesen Trend. Es zeigt sich, dass Mode, Lifestyle und Gesundheit – vor allem im Sinne einer Unterstützung der körperlichen Aktivität – durchaus eine Symbiose eingehen können und dies aktuell stärker tun denn je. Textilien und Bekleidung mit hoher Funktion und darüber hinaus wohlmöglich gesundheitsförderlicher Wirkung nehmen bei steigender Lebenserwartung einen noch größeren zeitlichen Raum in unserem Leben ein und können uns in verschiedenen Lebensphasen unterstützen, sei es als funktionelle Systeme bei Sport- und Freizeitaktivitäten, als Hautschutz bei mechanischem Kontakt, vor UV-Strahlen oder als Barriere oder auch zur Unterstützung unseres Wohlbefindens durch Abgabe von kosmetischen Substanzen bis hin zu medizinischen Hilfsmitteln und modernen Medizinprodukten (Höfer, 2007). Bei der Weiterentwicklung von Textilien und Bekleidung spielen neben der Elektronisierung und Biofunktionalisierung von Textilien auch die Plamabehandlung und die Nanotechnologie eine entscheidende Rolle. Es müssen Chancen und Risiken dieser Technologien abgewogen werden, die sich an der nachzuweisenden Wirksamkeit und am Nutzen für den Verbraucher orientieren sollten.

Es stellt sich darüber hinaus die Frage, inwieweit die Anforderungen an Mode, Lifestyle und Gesundheit mit einer nachhaltigen Entwicklung vereinbar sind. Dazu ist zu sagen, dass der Trend zu nachhaltigem Konsum, der mit dem Akronym *LOHA* der US-Soziologen Paul Ray und Sherry Anderson als *Lifestyle of Health and Sustainability* bezeichnet wird (Ray et al., 2000), den Markt für Textilien und Bekleidung bereits erreicht hat. Prominente wie Julia Roberts und Leonardo DiCaprio setzen ihn modisch um, wenn sie sweatshopfrei hergestellte Organic Cotton Shirts der Marke American Apparel tragen. Auch die europäische Modeindustrie hat längst reagiert, um diesen neuen Kundenkreis zu bedienen, der stilistisch schöne, ökologisch einwandfreie Produkte aus Fair Trade bevorzugt. Rezyklierfähige Materialien wie sortenreines Polyester sowie Biobaumwoll-Kollektionen und andere Naturfaserlinien werden von immer mehr Herstellern und Designern angeboten wie Jeans aus k.b.A. Baumwolle

von Kuyichi oder Designermode von Stella McCartney⁶. Der Outdoorausrüster Patagonia hat sich diese Entwicklung längst zu eigen gemacht und forciert seit Jahren die Entwicklung ökologieorientierter Outdoorbekleidung. Ethischer Konsum etabliert sich in der Modewelt als Nachfrage nach Produkten, die eine Mischung von modischem Stil, ökologieorientierter Herstellung und fairem Handel aufweisen. Damit wird die Symbiose von Mode, Lifestyle und Gesundheit um die Umwelt- und Sozialverträglichkeit erweitert.

6 Baumwolle aus kontrolliert biologischem Anbau (k.b.A.) sollte beispielsweise nach EU Norm 2092/91 zertifiziert sein, um die Einhaltung der Kriterien des ökologischen Landbaus auch zu gewährleisten.

Literatur

- Anonym (2008). New uses for wearable textile-based health monitoring technology. In *Textile Outlook International*, 135, 87-93.
- Forschungsinstitut Hohenstein (Hrsg.). (2007). Tragekomfort in der Steinzeit. Wie schneidet Ötzi Kleidung gegen moderne Funktionskleidung ab? In ...*textil... Wissenschaft Forschung Unterricht*, 3, 1-5.
- Hohenstein Institute (Hrsg.). (2008). *Dem Trage- und Schlafkomfort auf der Spur. Von Kupfermännern und Kunststoffkindern*. Bönningheim. (Dezember 2008). Online Ressource: www.hohenstein.de/ximages/1373459_hohbptherm.pdf (Zugriff am 01.04.2009).
- Glawe, A. (2006). Applikation dünner Schichten für medizinische Transdermale Systeme. In B. Küppers (Hrsg.), *Vortragsband der 33. Aachener Textiltagung vom 29. bis 30. November 2006* (S. 52-53).
- Knecht, P. (Hrsg.) (2009). Funktionstextilien online. Online Ressource: www.funktionstextilien.de/content/view/199/122/ (Zugriff am 01.04.2009).
- Höfer, D. (2005). Risiko-/Nutzen-Analyse antimikrobiell aktiver Textilien in der klinischen Praxis. In *Melliand Bekleidung*, 6, 478-479.
- Höfer, D. (2007). Anforderungen an Textilien für Menschen im fortgeschrittenen Alter. In *Melliand Textilberichte*, 4, S. 177.
- Höfer, D. (2008). Textilien mit Wirkstoffdepots: Neue Produkte im Apothekenschrank. In *Kettenwirk-Praxis*, 4, S. 35.
- Höfer, D. & Hohn, G. (2008). Antimikrobielle Textilien & Geruchsbildung. In *Textilveredlung*, 9/10, 8-11.
- Mecheels, S., Schroth, B. & Breckenfelder, C. (2004). *Smart Clothes. Intelligente textile Produkte auf der Basis innovativer Mikrotechnologie. Expertenansicht – Beispiele – Empfehlungen* (S. 11), (S. 28-31). Hohensteiner Institute (Hrsg.). Bönningheim.
- Müller, S. & Thumm, S. (2008). Die moderne Hygiene- und Frische-Ausrüstung auf Silberbasis. In *Textilveredlung* 3/4, 4-7.
- Neurodermitis und Schwangerschaft. (15.01.2008). Online Ressource: www.curado.de/Neurodermitis/Neurodermitis-in-der-Schwangerschaft-6382/ (Zugriff am 01.04.2009).
- Ray, P. H. & Anderson, S. R. (2000). *The Cultural Creatives: How 50 Million People Are Changing the World*. New York: Harmony Books.
- Schollmeyer, E. (2006). Funktionalisierung von Faseroberflächen mit Biopolymeren. In B. Küppers (Hrsg.), *Vortragsband der 33. Aachener Textiltagung vom 29. bis 30. November 2006* (S.46).
- Umbach, K. H. (2000). Mikroklima in der Kleidung: Lamine und Beschichtungen. In Institut für Textil- und Verfahrenstechnik, Denkendorf und Forschungszentrum Hohensteiner Institute (Hrsg.), *Dokumentation High-Tex Stuttgart 2000. Innovationsforum Intelligente Bekleidungstextilien* (S. 19-23). Bönningheim.
- Umbach, K. H. (2003). Die physiologische Funktion der Bekleidung. In P. Knecht (Hrsg.), *Funktionstextilien. High-Tech-Produkte bei Bekleidung und Heimtextilien. Grundlagen - Vermarktungskonzepte – Verkaufsargumente* (S. 43-56). Frankfurt am Main: Deutscher Fachverlag.
- Wilson, A. (2007). Deutsche diligence. In *Future Materials*, 8, 12-14.
- Zyschka, R., Brückmann, R., Kammerer, B. & Schreiber, H. (2004). Wellness-Finish mit Vitamin E. In *Textilveredlung* 7/8, 10-13.

Gesundheit und Anti-Aging – über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion

Manfred Lütz

„... und das höchst Gut ist doch die Gesundheit!“ – kaum eine Geburtstagsansprache kommt ohne diesen Satz aus, und doch ist er blanker Unsinn. Niemals in der gesamten philosophischen Tradition des Ostens und des Westens ist etwas so Zerbrechliches wie die Gesundheit der Güter höchstes gewesen. Noch bei Kant war das höchste Gut die Einheit von Heiligkeit und Glückseligkeit oder Gott. Doch heute ist alles anders. Wir leben im Zeitalter der real existierenden Gesundheitsreligion. Alle Üblichkeiten der Altreligionen sind inzwischen im Gesundheitswesen angekommen. Halbgötter in Weiß, Wallfahrten zum Spezialisten, Krankenhäuser als die Kathedralen unserer Zeit, die das „Gefühl schlechthinniger Abhängigkeit“ erzeugen, das nach Friedrich Schleiermacher Religion charakterisiert. Wir erleben den bruchlosen Übergang von der katholischen Prozessionstradition in die Chefarztvisite. Diätbewegungen gehen als wellenförmige Massenbewegungen über das Land, in ihrem Ernst die Büßer- und Geißlerbewegungen des Mittelalters bei Weitem übertreffend. Ein durchschnittlicher Hausarzt kann heute ohne mit der Wimper zu zucken seinen Patienten Pflichten im Stile strengster mittelalterlicher Ordensregeln auferlegen. Und der Patient nimmt solche Bußwerke klaglos auf sich, jeden Misserfolg nicht der eventuell mangelhaften ärztlichen Weisung, sondern der eigenen schuldhaften Inkonsequenz anlastend. Unbewusst, aber umso machtvoller richtet sich die religiöse Ursehnsucht der Menschen nach ewigem Leben und ewiger Glückseligkeit heute an Medizin und Psychotherapie. Bei Nichterfüllung Klage, versteht sich.

Doch mit solchen Begehrlichkeiten ist das Gesundheitswesen völlig überfordert. Verschärft wird die Lage noch dadurch, dass im Grunde niemand genau weiß, was Gesundheit eigentlich ist. „Völliges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ hatte die Weltgesundheitsorganisation einst dekretiert. Wer aber wäre dann noch gesund? Und ein berühmter Internist stellte augenzwinkernd fest, ob jemand gesund sei, das hänge davon ab, wie viele Untersuchungen man mache. Gesund wäre also ein Mensch, der nicht ausreichend untersucht wurde. Damit wird der Gesundheitsbegriff vollends utopisch und alle müssen sich irgendwie krank fühlen. Schon Karl Kraus hatte geunkelt, die häufigste Krankheit sei die Diagnose und Aldous Huxley bemerkte: „Die Medizin ist so weit fortgeschritten, dass niemand mehr gesund

ist.“ Auf diese Weise produziert die Gesundheitsgesellschaft nicht Gesundheit, sondern Unglück.

Die Unerreichbarkeit des Ziels zusammen mit seiner religiösen Verklärung sind der Treibstoff für den gewaltigen und jedes Maß sprengenden Gesundheitsboom unserer Tage. Gesundheit bestimmt das ganze Leben. Staatlich geförderte gesundheitsreligiöse Missionskampagnen überschlagen sich, Bonus-Malus-Systeme der Krankenkassen beruhen auf der unbelegten Behauptung, ungesundes Leben belaste die Solidargemeinschaft, sind in Wirklichkeit aber volkspädagogische Maßnahmen. Man möchte die Deutschen zwingen, gesund zu sein. Es geht um Fitness, Wellness, gesunde Ernährung. Der Slogan „Fit for fun“ ist dabei wenigstens ehrlich. Dass Fitness Spaß mache, wird da ausdrücklich gar nicht behauptet. Man will sich vielmehr fit machen, um anschließend Spaß zu haben. Doch die meisten Menschen haben nach Beruf, Familie und Fitnessstress zum Spaß einfach keine Zeit mehr. Was sich im Gesundheitsbereich abspielt, ist anstrengende Realsatire pur.

Es ist Zeit, die Absurdität dieses ganzen Treibens zu entlarven. Doch da sei Gott vor! Genauer gesagt: Der Blasphemieschutz ist inzwischen von den Altreligionen auf die Gesundheitsreligion übergegangen. Über Jesus Christus kann man die albernsten Scherze machen, doch bei der Gesundheit, da hört der Spaß auf. Der Spruch eines Rauchers „Warum soll meine Lunge eigentlich älter werden als ich?“ löst bei gesundheitsgläubigem Publikum alle Reaktionen aus, die im Mittelalter auf Gotteslästerung zu erwarten waren. Gesundheit ist die einzige satirefreie Zone in unserer Gesellschaft. Hier herrschen strenge Regeln der political correctness. Als Politiker offen und ehrlich zu sagen, man könne nicht mehr sicherstellen, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle für alle getan werde, klänge geradezu irgendwie gotteslästerlich. Warum aber diese Ehrfurcht, warum die Angst, was ist geschehen?

Unmerklich ist die Lebenszeit der Menschen drastisch zusammengeschmolzen. Während der mittelalterliche Mensch seine diesseitige Lebenszeit plus Ewiges Leben vor sich hatte, sind die Altreligionen den westlichen Gesellschaften zunehmend abhanden gekommen. Nicht durch ein schlagendes Argument, durch eine brillante intellektuelle Attacke oder durch eine überzeugende Alternative sind Gott und Ewiges Leben ins Abseits geraten. Sie sind einfach irgendwie nicht mehr modern. „Man“ glaubt so was nicht mehr und hat sich der Einfachheit halber einige Klischees vor allem von Christentum und Kirche zusammengezimmert, die geeignet sind, das eigene Weltbild um die Nierentische von heute sauber zu halten. Das Ergebnis aber ist: Dem heutigen Menschen bleibt nur noch unendlich weniger Lebenszeit übrig: sein begrenztes Leben auf dieser Welt. Doch je mehr man das merkt, desto mehr

bricht im Wartesaal des Lebens Unruhe aus. Der Tod ist ausgebrochen im Wartesaal, der endgültige Tod ohne wenn und aber. Es hat sich herumgesprochen, dass alle sterben werden an der Vogelgrippe, an BSE, an AIDS, am Leben, ohne Ausnahme und dass kein Zug mehr fährt, noch nicht einmal nach Nirgendwo. Panik herrscht bei vielen, rette sich wer kann. Mit dem ewigen Leben rechnet zwar keiner mehr, aber wenigstens sterben möchte man nicht.

„Gesundheit“ heißt das Zauberwort. Man muss etwas tun, um gesund zu bleiben, zu werden, wieder zu werden. Und die Inbrunst, mit der man sich darum bemüht, sich dafür aufopfert und andere dazu animiert, erinnert an Religion. Die Gesundheitsreligion herrscht schichten-, partei- und konfessionsübergreifend in jedem Winkel unserer Gesundheitsgesellschaft. Selbst in den kleinen Raucherreservaten, die es noch gibt, raucht man mit schlechtem Gewissen. Denn auch der Begriff Sünde wird heute eigentlich nur noch gesundheitsreligiös verwendet, zum Beispiel im Zusammenhang mit Sahnetorte. Nur die Gesundheitspäpste können sich jede offensichtliche Unwahrheit erlauben: „Young forever“ heißt der Titel eines neueren Gesundheitskatechismus. Das ist glatt gelogen, aber dennoch will es jeder glauben und hat ein verteufteltes schlechtes Gewissen, wenn er nicht alles tut, was der Katechismus vorschreibt. Wo früher an Wegekreuzen Marienkapellen standen, da schießen heute Fitnessstudios aus dem Boden, die Gesundheitsseiten in den Journalen schwellen von Jahr zu Jahr an, es mehren sich die Gesundheitssendungen im Fernsehen, die Diäten, die Städtemarathons, die Verehrung von Gesundheitspropheten und Fitnessgurus. Gesundheit genießt maximale religiöse Verehrung.

Das hat allerdings katastrophale politische Folgen. Ein Politiker, der die Absicht hat, auch weiterhin gewählt zu werden, muss Sätze ausstoßen, die dem Sinne nach bedeuten: Wir wollen für die Gesundheit nicht weniger als alles tun. Solche Sätze gehören zum Ritus. Jeder weiß zwar, dass eine solche Maxime, einmal ernstgenommen, zum sofortigen finanziellen Zusammenbruch des Gesundheitssystems führen würde. Maximale Diagnostik und maximale Therapie sind schon jetzt nicht finanzierbar und würden übrigens das Leben zur Hölle machen. Dennoch, die religiöse Aufladung des Gesundheitsbegriffs macht eine sachgerechte öffentliche Diskussion unmöglich. „Alles medizinisch Notwendige für jeden Bundesbürger muss selbstverständlich geschehen“, dieser Satz gehört für jeden Politiker zum Pflichtprogramm. Sobald ein Politiker aber sagen würde, was nach seiner Ansicht „medizinisch notwendig“ ist, und infolgedessen, was nicht „medizinisch notwendig“ ist, ist er nicht mehr wählbar. Und so steigen die Gesundheitskosten weitgehend un-

gebremst, die Gesamtausgaben der Krankenkassen haben in diesem Jahr den Bundeshaushalt übertroffen. Nimmt man die Kosten für Fitness, Wellness und sonstige gesundheitsfördernde Maßnahmen hinzu, könnte man auf die Idee kommen, die gesamte Volkswirtschaft sei ein Unternehmen zur Herstellung von etwas, das man nie erreicht, nämlich von Gesundheit. Doch jeder Eingriff in die grenzenlose Expansion des Gesundheitswesens steht letztlich unter tabu. Da man dennoch Aktivitäten vorweisen muss, wird in regelmäßigen Abständen der Schwarze Peter den Apothekern, den Ärzten, der Pharmaindustrie, den Krankenkassen oder den Politikern zugeschoben. An den Kern des Problems, die absurde pseudoreligiöse Aufladung des Gesundheitsbegriffs, wagt sich niemand. Selbstverständlich ist eine maximale Kostenersparnis zu erzielen, wenn man Medikamente bei Aldi verkauft, ärztliche Honorare auf Mindestlohniveau begrenzt, die Pharmaforschung in Deutschland auf Null reduziert, die Krankenkassen auflöst und die Probleme im Gesundheitswesen einfach verbietet, wie es die Ministerin neulich tat. Doch dann hat man keine Medikamentensicherheit, keine Ärzte, keine pharmakologischen Innovationen, keine Mindestabsicherung. Bei den Ärzten hat man die bürokratischen und ökonomischen Daumenschrauben bereits überdreht: Schon jetzt gibt es einen dramatischen Ärztemangel. Und der Ruf der deutschen Pharmaforschung sinkt. Der Verweis auf die üblichen Verdächtigen löst nichts und ist bloß ein Ritual zur Vertuschung der Ratlosigkeit. Fernsehdiskussionen von vor vier Jahren über Gesundheitspolitik sind genauso wenig von aktuellen Diskussionen unterscheidbar wie die dazumal irrtümlich ausgestrahlte ritualisierte Neujahrsansprache von Helmut Kohl aus dem Vorjahr.

Dennoch, das alles liegt nicht an den Politikern, sondern an einer im Gesundheitswahn dahintreibenden Gesundheitsgesellschaft, die die Politik immer wieder zu halsbrecherischen Kapriolen aufs Hochseil scheucht. Jede demokratische Gesellschaft hat die Politiker, die sie verdient, und so lange wir in allen Geburtstagsreden von Flensburg bis Passau Gesundheit als „höchstes Gut“ preisen, müssen wir uns nicht wundern, dass Gesundheitspolitik seit mindestens zwanzig Jahren in Deutschland nicht mehr stattfindet. Denn Politik ist die Kunst des Abwägens. Ein höchstes Gut kann man gar nicht abwägen, dafür muss man immer alles tun. So also treibt der gewaltige Ozeanriese Gesundheitswesen dahin und beim Blick auf die Kommandobrücke stellt man fest – dass sie leer ist. Niemand steuert das Gesundheitswesen, solange es niemand wagen kann, in der aufgeheizten gesundheitsreligiösen Atmosphäre auch einmal für wirklich einschränkende Eingriffe zu plädieren. Erst durch tabulose, nüchterne und realistische Abwägung des hohen, freilich nicht höchsten Gutes Gesundheit würde Gesundheitspolitik endlich wieder möglich. Dazu aber bedarf es zunächst einer breiten gesellschaftlichen Debatte.

Eine solche Ernüchterung würde das Ende des salbungsvollen Tons bei Reden über die Gesundheit bedeuten und die Chance für einen realistischen Gesundheitsbegriff: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen“ (Friedrich Nietzsche). Das ist viel näher an der alten hippokratischen Tradition der Medizin. Für Hippokrates gab es nicht Krankheit oder Gesundheit, das prägt erst später die platonische Tradition. Für Hippokrates gab es nur den individuellen kranken, leidenden Menschen und jede Diagnose hatte schon nach Aristoteles ausschließlich den Sinn der Therapie für leidende Menschen. Eine Diagnose war kein Wert an sich. Hans Georg Gadamer, Nestor der Philosophie in Deutschland, hat gegen Ende seines langen Lebens ein Büchlein publiziert mit dem Titel „Über die Verborgenheit der Gesundheit“. Und da weist er – von den Griechen her argumentierend – darauf hin, dass für die Griechen Gesundheit ein Geheimnis war, ein Göttergeschenk, das gestört werden konnte durch Krankheiten. Diese Störungen zu beseitigen, das war die Aufgabe der Ärzte, damit sie dann wieder wirken könne, jene geheimnisvolle Kraft der Gesundheit, für die man den Göttern nur danken könne. Die Herstellbarkeit von so etwas wie Gesundheit wäre für ein solches Denken völlig absurd. Und so kann dann vielleicht auch leise der nachdenkliche Satz des dänischen Philosophen Sören Kierkegaard ans Ohr dringen: „Der Spaß, eines Menschen Leben für einige Jahre zu retten ist nur Spaß, der Ernst ist: Selig sterben“.

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen hat also letztlich religiöse Gründe. Radikal egoistisch ist diese neue Religion und unsolidarisch. Jeder kämpft verbissen für sich, denn es geht um nicht mehr und nicht weniger als um Leben und Tod. Irrsinnige zynische Kampfpaparn schwirren umher „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“. Das aufbegehrende Volk vor dem Kanzleramt der Republik wird in seiner Not nicht nach Brot rufen, wie dazumal in Versailles, Gesundheit wird es fordern, sofort und für alle.

Jeder Kundige weiß, dass das nicht geht, aber wer sagt es dem Volk? Die Lage ist explosiv, zweifellos. Ängstlich betreibt man Pseudoaktivitäten, erfindet Scheinlösungen für Scheinprobleme, budgetiert, beschuldigt, entschuldigt, kündigt an, weist zurück, mahnt, droht, geht auf die Barrikaden, schießt zurück, tritt zurück. Doch das alles ändert nichts am Ergebnis: Das Ewige Leben auf Krankenschein gibt es nicht. Und die Gesundheitsreligion ist definitiv nicht mehr finanzierbar.

Vor 50 Jahren konnten die damaligen medizinischen Errungenschaften vielleicht noch wenigstens annähernd „solidarisch“ für alle ermöglicht werden. Bei den rasanten und unvergleichlich kostspieligeren medizinischen Fortschritten unserer Tage ist eine solidarische Bereitstellung des medizinisch

Sinnvollen für alle eine Illusion. Natürlich ist dieses Thema voller sozialer Brisanz. Zwar verdrängen die westlichen Industriegesellschaften schon seit Jahrzehnten, dass medizinische Solidarität gegenüber den Menschen der Dritten Welt, die schließlich über die gleiche Menschenwürde verfügen wie wir, nicht stattfindet. Doch ist es eine neue Situation, dass diese Ungerechtigkeit nun inmitten unserer Gesellschaften zunehmend erlebbar sein wird. Man hat sich in über zweihundertjährigen blutigen Kämpfen und vor allem nach dem Scheitern des kommunistischen Experiments einigermaßen daran gewöhnt, die Ungerechtigkeit zu ertragen, die in den unterschiedlichen Vermögensverhältnissen liegt. Warum kann der faule Millionärssohn in Saus und Braus leben und der fleißige Arbeitersohn muss sich plagen? Diese Frage hat heute an Brisanz verloren. Die Frage aber, warum der Arme weniger medizinische Chancen hat als der Reiche, wird zweifellos der soziale Sprengstoff der kommenden Jahrzehnte sein. Doch noch wird sie durch political correcte Nebelkerzen verdeckt.

Und schließlich „Ganzheitlichkeit“! Allüberall wabert dieser Ausdruck durchs Gesundheitswesen. In keiner Festrede in keinem Krankenhaus darf er fehlen. Ganzheitliche Gesundheit, das ist der absolute Overkill. Auch hier wäre ein Plädoyer für Nüchternheit angebracht. Solange es um eine diagnostische und therapeutische Berücksichtigung der verschiedenen medizinischen Aspekte des Menschen geht, insbesondere auch von psychischen Störungen und körperlichen Leiden, hat eine Sicht aus verschiedenen Perspektiven ihr Gutes. Aber das Ganze, die gesamte ganzheitliche Existenz des Menschen in den Blick zu nehmen, das ist niemals ein wissenschaftlich-medizinisches, wohl aber ein religiöses Unterfangen. Das ganzheitliche Krankenhaus überfordert seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Viele Krankenschwestern sind heute trotz ihrer aufopferungsvollen Arbeit und ihrer hohen Fachkompetenz zutiefst frustriert, weil sie nicht die Zeit haben, die sie glauben für einen „ganzheitlichen“ Umgang mit dem Patienten zur Verfügung haben zu müssen, um eine gute Krankenschwester zu sein. Aber Hand aufs Herz: Unsere Krankenhäuser, auch unsere Hausärzte und unser sonstiges Gesundheitswesen können nicht ersetzen, was es in den Familien und andernorts zu wenig an persönlicher Zuwendung gibt. Die Sehnsucht nach ganzheitlicher Zuwendung ist eine religiöse Sehnsucht, die dem Menschen zutiefst innewohnt. Die Medizin hat dazu absolut nichts zu sagen.

Die Gesundheitsreligion ist eine gigantische Anleitung zum Unglücklichsein. Sie suggeriert unerreichbare Utopien und unterhält eine gigantische Industrie, die ihren trügerischen Versprechungen die sehnsüchtigen Massen zutreibt. Wer immer strebend sich bemüht...von nichts kommt nichts...man

muss schon etwas tun für die Gesundheit: Mit verbissenem Ernst und ohne jeden Humor, die Todesdrohung im Nacken und schuldgebeugt hetzen die Menschen bei den Städtemarathons durch die Straßen hässlicher Städte, laufen von Arzt zu Arzt und essen unschmackhafte Sättigungsbeilagen zu einem Leben voller Verzicht und Kasteiung. Um den Tod zu vermeiden, nehmen sie sich das Leben, nämlich unwiederholbare Lebenszeit. Es gibt Menschen, die leben von morgens bis abends nur noch vorbeugend, um dann gesund zu sterben. Doch auch wer gesund stirbt, ist definitiv tot.

Einsam und untröstlich stirbt der Gesundheitsgläubige in seiner kalten Gesundheitsgesellschaft. Denn die Gesundheitsreligion ist radikal egoistisch, sie hat keine gesellschaftlichen Konzepte, mit ihr ist kein Staat zu machen. Während die Hochreligionen Judentum, Christentum und Islam immer auch einen sozialen Aspekt hatten, interessiert sich der Gesundheitsgläubige nur für seine Laborwerte, seine Prognose, seine Zukunft. Das macht die Kämpfe in der Gesundheitspolitik oft so hart und rücksichtslos. Wer stirbt, hat verloren.

Unmerklich aber umso wirkungsvoller hat die Gesundheitsreligion das Menschenbild unserer Gesellschaft verändert. Wenn der gesunde Mensch der eigentliche Mensch ist, dann ist der chronisch Kranke oder gar der Behinderte ein Mensch zweiter oder dritter Klasse, dem man den Eingang zum Leben fürsorglich verwehrt oder den Ausgang mitfühlend erleichtert. Und so hat die Gesundheitsreligion inzwischen auch schon ihren Fundamentalismus entwickelt. Der Fundamentalismus der Gesundheitsreligion ist die „Ethik des Heilens“. Die „Ethik des Heilens“ ist das Ende der Ethik. Die Ethik war einmal der argumentative kontroverse philosophische Diskurs über Moral. Doch wenn heute jemand „Ethik des Heilens“ sagt, ist Ende der Debatte, dann wird es sakral. „Ich weigere mich, einem mukoviszidosekranken Kind zu erklären, aus welchen absurden ethischen Gründen ich ihm nicht helfen soll“, so sinngemäß ein bekannter deutscher Politiker. Weist man aber darauf hin, was die scheinbar so absurden ethischen Gründe sind, dass man einen Menschen am Beginn seiner Existenz – einen Embryo also – opfert, um einen anderen Menschen zu heilen, gilt man als zynisch. Das ganze wurde damals im Zusammenhang mit der Debatte über embryonale Stammzellen erwähnt und man behauptete damals, über embryonale Stammzellen könne man irgendwann einmal die Parkinson'sche Erkrankung heilen. Das ist zwar aus neurologischer Sicht immer noch eher unwahrscheinlich, aber es war damals ein guter Werbespruch. Wenn wir dennoch einmal für einen Moment davon ausgehen, dass das gelingen würde und man würde morgen Abend im Ersten Deutschen Fernsehen einen Film über eine solche gelungene Heilung senden: Erst Parkinson-Patient, schwer pflegebedürftig, sich kaum bewegen könnend,

dann – nach der Therapie – Tennis spielend....Das wäre das Ende der Debatte über embryonale Stammzellen in Deutschland. Wer heilt, hat recht. Dieser eigentlich gute ärztliche Grundsatz, wird, ethisch genommen, zynisch. Das Menschenbild der „Ethik des Heilens“ widerspricht radikal dem Menschenbild des Grundgesetzes, aber es ist inzwischen zweifellos in unserer Gesellschaft mehrheitsfähig.

Was also ist zu tun? Wir brauchen Mut zur Emanzipation! Emanzipation von den totalitären Zumutungen der schwülstigen Gesundheitsreligion. Mut zur Respektlosigkeit vor den Tabus der Gesundheitsgesellschaft, mit Gesundheitsblasphemie wenn nötig, mit Satire, dem bewährten Mittel gegen totalitäre Diktaturen. Gefragt sind nüchterner Atheismus oder seriöse Religiosität und einige kleine Wahrheiten: Dass reiche Menschen immer schon die Möglichkeit hatten, älter zu werden als arme Menschen, dass das auch heute – etwas abgemildert – so ist, und dass das trotz aller Bemühungen so bleiben wird. Dass ein langes Leben nicht unbedingt erfüllter ist als ein kurzes. Dass man lustvoller lebt, wenn man seinen Frieden mit dem Tod macht. Dass Gesundheit ein hohes Gut ist, aber keineswegs das höchste und dass man es daher auch politisch abwägen darf. Warum kann es nicht sinnvoll sein, auf Kosten der eigenen Gesundheit anderen Menschen zu helfen? Warum kann man nicht für sich auf eine kostspielige Diagnostik und Therapie verzichten, um das dadurch eingesparte Geld für die Ausbildung des Enkelkinds zu spenden? Gewiss, die Notfallmedizin wird man solidarisch finanzieren müssen. Man wird das Unfallopfer auf der Straßenkreuzung nicht nach seinen finanziellen Möglichkeiten und Versicherungsverhältnissen fragen. Aber alles darüber hinaus müsste zur gesellschaftlichen Debatte gestellt werden, ohne Denkverbote. Wie viel Ungerechtigkeit hält die Gesellschaft im Bereich der Gesundheit aus? Darüber muss man politisch streiten – heftig und auch parteiisch. Auf anderen Gebieten wurde oft in jahrhundertlangem Ringen ein erträgliches Maß an Ungerechtigkeit ausgehandelt. Solche Kämpfe stehen bei der Gesundheit erst noch bevor. Oder beginnen sie gerade „und Ihr könnt sagen, Ihr seid dabei gewesen“ wie Goethe bei der Kannonade von Valmy?

Gegen die Tyrannei der Gesundheitsreligion braucht es revolutionären Elan, eine wahrhaftige Befreiungsbewegung, die den Menschen aus den das ganze Leben erfassenden Pflichten des Gesundheitswahns befreit und ihm wieder Zeit und Kraft für das eigentliche Leben erstreitet. Da wäre auch an interessante Seiten der Altreligionen zu erinnern: Man vergleiche eine sinnesfrohe Wallfahrt nach Kloster Andechs inklusive Weihrauch, Starkbier und Schweinshaxn mit einer gesundheitsreligiösen Wallfahrt zum Spezialisten nach Hannover, wohin man – wegen Blutabnahme – nüchtern kommt und

nüchtern und blutleer wieder abfährt. Nichts gegen maßvolle Bemühungen um die Gesundheit, aber es geht auch darum, die Kunst wiederzuentdecken, in den von der Gesundheitsreligion bloß defizitär gesehenen Grenzsituationen menschlicher Existenz, wie Karl Jaspers sie nennt, in den unvermeidlichen Krankheiten, Behinderungen und Leiden eines Lebens, im Alter und sogar im Sterben Quellen des Glücks zu finden. Behinderung kann auch eine Fähigkeit sein. Manch geistig Behinderter hat mehr echte menschliche Herzlichkeit als wir „Normopathen“. Krankheit kann der Aufruf sein, ein dahinplätscherndes Leben zum eigentlich Wichtigen zu lenken. Marcel Reich-Ranicki hat einmal gesagt, jede gute Literatur habe mit Leiden zu tun. Und kein Zweifel, eine Gesellschaft, die die Jugend und nicht das Alter ehrt, ist immer eine unglückliche Gesellschaft, denn da schaut schon der Sechzehnjährige, wenn er in die Zukunft seines Lebens schaut, ins Dunkel seiner Lebenszukunft. Anti-aging, wenn es trendy und emphatisch angepriesen wird, ist im Grunde lukrative Volksverdummung. Und wie steht es schließlich mit dem Tod, dem Todfeind der Gesundheitsreligion? Freund Hein nannte ihn liebenswürdig eine weisere Zeit. Denn ein unendliches Leben ohne Tod, das wäre die Hölle. Alles wäre korrigierbar, nichts wäre endgültig und damit wäre alles gleichgültig. Ein solches Leben wäre die totale Langeweile, wahrhaftig, es wäre die Hölle. Nur dadurch, dass wir sterben, wird jeder Moment unseres Lebens unwiederholbar wichtig und kostbar. Die unvermeidlichen Grenzsituationen annehmen, das ist wahre Lebenskunst.

Ein auf diese Weise gelingendes Leben kennt Zeiten der Muße, zweckloser, aber höchst sinnvoller Zeit des Genusses und der Lust am Leben, Zeiten in denen man der Welt im Ganzen zustimmen kann. Und Heinrich Schipperges, der große Arzt und Philosoph aus Heidelberg, hat einmal gesagt: „Um gesund zu sein, muss man der Welt im Ganzen zustimmen“.

Literatur

- Bergdolt, K. (1999). *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*. München: C.H. Beck.
- Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Hauner, A. & Reichart, E. (Hrsg.). (2004). *Bodytalk. Der riskante Kult um Körper und Schönheit*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Lederhilger, S. J. (Hrsg.). (2005). *Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben*. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang.
- Schipperges, H. (1990). *Die Kranken im Mittelalter*. München: C.H. Beck, 2.Aufl.
- Schipperges, H. (1970). *Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schumpelick, V. & Vogel, B. (Hrsg.). (2004). *Grenzen der Gesundheit*. Freiburg: Verlag Herder.

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Aloys Berg

Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Universitätsklinik
Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg i. Br.

Andreas Berg, M.A.

M.O.B.I.L.I.S. e.V.
Wirthstraße 7
79110 Freiburg i. Br.

Annette Fleitz

Universität Freiburg
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Schwarzwaldstraße 175
79117 Freiburg i. Br.

Dr. Ingrid Frey

Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Universitätsklinik
Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg i.Br.

Prof. Dr. Reinhard Fuchs

Universität Freiburg
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Schwarzwaldstraße 175
79117 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. Wiebke Gönner

Katholische Fachhochschule Freiburg
Karlstraße 63
79104 Freiburg i. Br

Prof. Dr. Anne-Marie Grundmeier

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. troph. Michael Hamm

HAW Hamburg
Fakultät Life Sciences
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg

Prof. Dr. Georg Hörmann

Lehrstuhl Pädagogik / Gesundheitspädagogik
Universität Bamberg
Markusplatz 3
96047 Bamberg

Ass. Prof. Dr. Dieter Lagerstrøm

Agder University
Service Box 422,
NO-4604 Kristiansand, Norway

Dr. med. Manfred Lütz

Alexianer Krankenhaus Köln GmbH
Kölner Str. 64
51149 Köln

Prof. Dr. Jürgen Nicolaus

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg i. Br.

Dr. Caroline Mahler

Universität Freiburg
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Schwarzwaldstraße 175
79117 Freiburg i. Br.

Dr. Mareen Molderings

Helenenstr. 74
45475 Mülheim

Jutta Ommer-Hohl

Referat Gesundheitsförderung der AOK Baden-Württemberg
AOK Baden-Württemberg - Die Gesundheitskasse
Heilbronner Str. 184
70191 Stuttgart

Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel

Deutsche Sporthochschule Köln
Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln

Prof. Dr. Udo Ritterbach

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg i. Br.

Manuel Ruep

Zentrum für Dopingprävention
Zeppelinstrasse 3
69121 Heidelberg

Dr. Harald Seelig

Universität Freiburg
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Schwarzwaldstraße 175
79117 Freiburg i. Br.

Dr. Daniela Simon

Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstr. 5
79104 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. Ulrike Spörhase

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. Karin Schleider

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. Gerhard Treutlein

Pädagogische Hochschule Heidelberg
Abt. Sportpädagogik /Gesundheitsförderung
Im Neuenheimer Feld 720
69120 Heidelberg

Rainer Wohlfarth, M.A.

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg i. Br.

Leben nach Herzenslust?

Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer
und pädagogischer Sicht

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, der demographische Wandel und ein Mehr an Verantwortung des Einzelnen für die eigene Gesundheit sind wesentliche Herausforderungen, denen sich unsere Gesellschaft in der Zukunft stellen muss.

Leben nach Herzens Lust – Lebensstil und Gesundheit war daher das Jahresthema 2008 des Fachs Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Im Rahmen einer Fachtagung im Juli 2008 sowie des gesundheitspädagogischen Kolloquiums im Wintersemester 2008/2009 wurde dieser Frage aus unterschiedlichen Perspektiven nachgegangen.

In der vorliegenden Schrift ist ein Teil der Tagungs- und Kolloquiumsbeiträge zusammengefasst. Die einzelnen Beiträge ergründen das Thema Lebensstil und Gesundheit aus pädagogischer und psychologischer Perspektive. Sie zeigen dabei die Bedeutung der Wechselwirkung der drei Dimensionen Ressourcen, Orientierungen und gesundheitsrelevantes Verhalten für den Lebensstil.

Ergänzt werden die Beiträge durch eine aktuelle Gegenstandsbestimmung der Disziplin „Gesundheitspädagogik“. Gesundheitspädagogik wie sie an der Pädagogische Hochschule Freiburg verstanden wird, bedeutet „Gesundheitsförderung durch pädagogische Settings“ in Prävention, Intervention und Rehabilitation. Hierauf zielt auch die Vermittlung von Wissen- und Handlungskompetenzen für Studierende im Studiengang Gesundheitspädagogik.



Pädagogische Hochschule Freiburg

Université des Sciences de l'Éducation · University of Education

ISBN 978-3-8255-0748-0



9 783825 507480